



356006
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/20	4-Data de Autorização 14/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7783817	7-Data Validade da Senha 10/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601818404	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EDUARDA OLIVEIRA DE SOUZA	14-Telefone 27/01/2005	15-Nome do titular do plano CATIA CRISTINA OLIVEIRA SOUZA
--------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA	27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20 Catia Cristina Oliveira Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869
---	---	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



350036
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2018	4-Data de Autorização 26/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7755675	7-Data Válida de Senna 01/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530841300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida de Carteira / /
13-Nome PETER CHAVES LOUZADA		14-Telefone () - -		15-Nome do titular do plano PETER CHAVES LOUZADA	
12-Número do Contrato Nacional de Saúde					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA		18-Número no CRD 117869	19-LF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837		22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA		23-Número no CRD 117869	24-LF SP
25-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		26-Número no CRD 117869		27-LF SP	28-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Medida de Classe	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/08/20		Pet
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					Pet
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					Pet
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					Pet
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					Pet
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina essa documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/2018 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/2018 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2018 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



356224
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/81/12/01	4-Data de Autorização 27/01/08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7784960	7-Data Validade da Guia 11/11/11/12/01
8-Número da Carteira 100202151050601818404					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome EDUARDA OLIVEIRA DE SOUZA			
14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano CATIA CRISTINA OLIVEIRA SOUZA			
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA		18-Número no CRO 117869		19-UF SP	
20-Código CBO S 025		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837			
22-Nome do Contratado Esecutante AGATA VENTURA DORTA		23-Número no CRO 117869		24-UF SP	
25-Código CNE S		26-Código CBO S			
27-Nome do Profissional Esecutante AGATA VENTURA DORTA		28-UF SP		29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Causa 42-Atendimento
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	36		1	533,00	0,00		S	28/08/20	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
49-Observação Favor anexar RX inicial e final para produção					
50-Data, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/2010 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869					
51-Data, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista 28/08/2010 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869					
52-Data, Assinatura e Carimbo do Beneficiário / Responsável 28/08/2010 [Assinatura] 53-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa 28/08/2010 [Assinatura] Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869					



332141
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 01/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7674210	7-Data Validade da Senha 29/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253059470000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IARA SILVA CINTRA		14-Telefone 22/01/2003 () 5281-3758	15-Nome do titular do plano JULIANA DE JESUS SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade L/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/20 Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/08/20 Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/20 Juliana de Jesus Silva Beneficiária	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
---	---	--	--



334491
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2017	4-Data de Autorização 06/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683709	7-Data Validação da Senha 04/10/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530631800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GESSIANE XAVIER GOMES 20/10/1999		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GESSIANE XAVIER GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/08/20		Gessiane
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/08/20		Gessiane
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/08/20		Gessiane
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/08/20		Gessiane
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		Gessiane
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		Gessiane
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		Gessiane
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 327,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 28/08/2018 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 28/08/2018 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2018 Gessiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/2018 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgia Dentista CRO-SP 117869
--	--	---	---



350047
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 13/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7755716	7-Data Validade da Senha 01/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601340701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SONIA MARLY FERNANDES VITORIO 26/02/1964		14-Telefone (11) 4783-2060	15-Nome do titular do plano SONIA MARLY FERNANDES VITORIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/08/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/08/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/08/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/08/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/08/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e referidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20 Sonia Marly Fernandes Vitorio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/20 Instituto de Assistência
--	--	--	---



333816
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/2012	4-Data de Autorização 07/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7681167	7-Data Validade da Senha 01/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601818401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CATIA CRISTINA OLIVEIRA SOUZA	14-Telefone 03/03/1977	15-Nome do titular do plano CATIA CRISTINA OLIVEIRA SOUZA
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
--	---	----------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA	27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200
---	----------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/08/20		BuB...
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/08/20		BuB...
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/08/20		BuB...
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/08/20		BuB...
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/08/20		BuB...
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		BuB...
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	28	OM	1	88,00	0,00		S	28/08/20		BuB...
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DO	1	88,00	0,00		S	28/08/20		BuB...
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 415,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Enviar rx dos elementos solicitados para análise e produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/2012 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/2012 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2012 CATIA CRISTINA OLIVEIRA SOUZA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/2012 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869
--	--	--	--



330347
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/06/20	4-Data de Autorização 01/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7664570	7-Data Validação da Senha 24/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530413300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANESSA RIBEIRO PEREIRA TAVARES		14-Telefone 22/04/1985	15-Nome do titular do plano VANESSA RIBEIRO PEREIRA TAVARES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/08/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/08/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/08/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/08/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 <i>Dra. Agata Ventura Dorta</i> CRO-SP 117869				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 <i>Dra. Agata Ventura Dorta</i> Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20 <i>Vanessa Ribeiro Pereira Tavares</i>				53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/20 <i>Dra. Agata Ventura Dorta</i> Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--



338819
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 06/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7703133	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202510550601116001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ODETE DE JESUS MAXIMO COSTA	14-Telefone (11) 5924-4731	15-Data de nascimento 12/08/1962	16-Data de validade da Guia / /	17-Data de validade da Senha / /	18-Nome do titular do plano ODETE DE JESUS MAXIMO COSTA
--	-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

19-Atendimento a RN N		20-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA		21-Número no CRO 117869	22-UF SP	23-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	--	----------------------------	-------------	--

24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	25-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	26-Número no CRO 117869	27-UF SP	28-Código CNES	29-Código CBO S
--	---	----------------------------	-------------	----------------	-----------------

30-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		31-Número no CRO 117869	32-UF SP	33-Código CBO S
---	--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/08/2012		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/08/2012		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/08/2012		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/08/2012		
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/08/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/2012
---------------	---	---	---	---



334484
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 01/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683707	7-Data Validade da Senha 04/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530413300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EMANUELLY DOS SANTOS RIBEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VANESSA RIBEIRO PEREIRA TAVARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	28/08/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 316,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20 Vanessa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



342117
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07/20	4-Data de Autorização 10/8/10/8/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7718011	7-Data Validade da Senha 18/11/01/20
--------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527843500001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUCINALDO DE SOUZA RODRIGUES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCINALDO DE SOUZA RODRIGUES
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
--	---	----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA	27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/08/20		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			29/08/20		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			29/08/20		
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00			29/08/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgia Dentista CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/20 Lucinaldo de Souza Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgia Dentista CRO-SP 117869
--	---	---	---



337042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/07/20	4-Data de Autorização 14/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7695234	7-Data Validade da Senha 07/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550601273201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ERIKA APARECIDA ALVES GOMES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERIKA APARECIDA ALVES GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/08/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	10/08/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	10/08/20		
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	10/08/20		
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	10/08/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 332,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 10/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgiã Dentista CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/20 ERIKA APARECIDA ALVES GOMES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/20 INSTITUTO DE ASSISTENCIA
--	--	--	---



328407
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/2016	4-Data de Autorização 12/3/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50171980	7-Data Validade da Senha 12/1/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994062050700	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IGREJA INTERNACION	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700505566325955	
13-Nome SILVANA SOUZA DA SILVA PEREIRA		14-Telefone 09/08/1972	15-Nome do titular do plano FRANCISCO NEBIO PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA	18-Número no CRO 117869	19-UF SP	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43085402837	22-Nome do Contratado Executante AGATA VENTURA DORTA	23-Número no CRO 117869	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-23
26-Nome do Profissional Executante AGATA VENTURA DORTA		27-Número no CRO 117869	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	008200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	23	1	258	0,00	0,00		S	03/08/20		x Silviana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 258,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação.

Paciente voltou no em Agosto para realizar o procedimento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta CRO-SP 117869	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 03/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgião Dentista CRO-SP 117869	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/20 Francisco Nebio Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/20 Dra. Agata Ventura Dorta Cirurgião Dentista CRO-SP 117869
--	---	--	--