

**CIA DO SORRISO**

02.045.239/0001-03

Avenida Doutor José Augusto Moreira, Casa Caiada

Olinda - PE, CEP- 53130-410

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8201

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 4711

Competência: 03/2022

Tipo: Odontológico

Valor Total: **617,40**

Convênio: Odontolife

8 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
138379	JEANNE DA SILVA MOTA	10/03/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	888139	107,55
138384	LUCAS VINICIUS DA SILVA MOTA	10/03/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	902731	32,40
140168	MARIA DO CARMO OLIVEIRA DA SILVA	24/03/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	920860	32,85
138176	MARIA EDUARDA DA SILVA MELO	09/03/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	887610	54,90
139354	MARYANNA DE SOUZA SABINO	18/03/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	907024	82,35
139892	NATALLYA GABRIELLY ROCHA DA SILVA	23/03/22	FELIPE AMORIM DE MORAES PEREZ	906774	149,85
139240	RICKELME DO NASCIMENTO MIRANDA	17/03/22	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	902413	102,60
140187	VICTOR HUGO GOMES DA SILVA	24/03/22	GLAUCIO BATISTA DE LIMA	920990	54,90



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



887610
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/03/02

4-Data de Autorização
10/09/03

5-Semana
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9617626

7-Data Validade da Semana
12/04/05

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002021521336500087903

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DOCTORALIA BRASIL SERVICOS

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIA EDUARDA DA SILVA MELLO

14-Telefone
03/01/2002

15-Nome do titular do plano
ROSENILDA MARIA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CANADA)

18-Número no CRO
4550

19-UF
PE

20-Código CBO S
11

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
025 -

22-Nome do Contratado Executante
Faturar Empresa

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF
036193607404

24-Nome do Contratado Executante
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

25-Número no CRO
4550

26-UF
PE

27-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	10,00		S	09/03/02		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	10,00		S	09/03/02		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	09/03/02	44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	122,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 realizados 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
09/03/02 Tercia Napoles Cirurgião Dentista CRO 4550

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
09/03/02 Tercia Napoles Cirurgião Dentista CRO 4550

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
09/03/02 Rosenilda Maria da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa
09/03/02 CIA DO SORRISO

CIA DO SORRISO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



888139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2012	4-Data de Autorização 11/01/2013	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9619381	7-Data Validade da Semeta 12/04/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00020254590350000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JEANNE DA SILVA MOTA	23/04/1987	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JEANNE DA SILVA MOTA
---------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA)	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36193607404	22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	27-Número no CRO 4550	28-UF PE	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	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00			S	10/03/12		jeane
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00			S	10/03/12		jeane
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00			S	10/03/12		jeane
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00			S	10/03/12		jeane
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00			S	10/03/12		jeane
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00			S	10/03/12		jeane
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2012	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 239,00	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 11/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012
---	---	---	---

CIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/2006 4-Data de Autorização 10/03/2006 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9666083 7-Data Validade da Série 10/08/2006 902731 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202545903500000102 POS REDE PRESTADORA 9-Plano 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCAS VINICIUS DA SILVA MOTA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JEANNE DA SILVA MOTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA) 18-Número no CRO 4550 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36193607404 22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 23-Número no CRO 4550 24-UF PE 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 27-Número no CRO 4550 28-UF PE 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cop-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	01084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00				10/03/2006		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/2006 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Controle 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 72,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Cop-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 Contratado-Dentista Solicitante 10/03/2006 51-Data local e Assinatura do Contratado-Dentista 10/03/2006 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2006 53-Data local e Carimbo da Empresa 10/03/2006

CIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/03 4-Data de Autorização 11/07/03 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9665066 7-Data Validade da Semeta 08/06/06 8-Data Validade da Guia 02/12/02

9-Plano

8-Número da Carteira 0020202546326000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/03 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RICKELME DO NASCIMENTO MIRANDA 01/06/2019 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano NATALIA MARIA DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAIADA) 18-Número no CRO 4550 19-UF PE 20-Código CRO S 11 25-Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36193607404 22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 23-Número no CRO 4550 24-UF PE 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 27-Número no CRO 4550 28-UF PE 29-Código CRO 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 Cláusula	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00			15	03/03/22	Natalia	Natalia
2-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00			15	03/03/22	Natalia	Natalia
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	01		61,00			15	03/03/22	Natalia	Natalia
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	01		61,00			15	03/03/22	Natalia	Natalia
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/03/2022 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 228,00 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 Tercia Napoles Cirurgia Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Tercia Napoles Cirurgia Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Natalia Maria do Nascimento 53-Data, local e Assinatura da Empresa CIA DO SORRISO

CIA DO SORRISO

2-N⁺

1-Registro ANS 406414	3-Dia da Emissão da Guia 1 5 0 3 2 2	4-Data de Autorização 12 3 0 3 2 2	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9678841	7-Data Validade da Semina 1 3 0 6 2 2
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

906774
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	0 0 0 2 0 2 5 4 4 7 5 4 3 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão	
13-Nome	NATALYA GABRIELLY ROCHA DA SILVA
14-Telefone	() -
15-Nome do titular do plano	NATALYA GABRIELLY ROCHA DA SILVA

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (f) 85200140-25
N	COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CANADA)	4550	PE	11	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Excluído	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3 6 1 9 3 6 0 7 4 0 4		TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	4550	PE	
26-Nome do Profissional Excluído		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		4550	PE		

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento <u>R\$</u> <u>12</u> / <u>03</u> / <u>21</u>	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 3 3 3 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0
--	---	--	--	--	---

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(ram) 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, compondo-me a arcar com a mesma esse documento, os valores.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/10/2021 CRD 4520 Tercia 11/03/2021	03/10/2021 CRD 4520 Tercia 11/03/2021	03/10/2021 CRD 4520 Tercia 11/03/2021	03/10/2021 CRD 4520 Tercia 11/03/2021

CIA DO SORRISO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 4-Data de Autorização 12/4/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9721268 7-Data Validade da Senha 12/2/10 8-Data Validade da Senha 12/2/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254659030000103

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VICTOR HUGO GOMES DA SILVA

07/02/1998

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ARISTIDES FRANCISCO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante COMPANHIA DO SORRISO LTDA (CASA CAADA)

18-Número no CRO 4550

19-UF PE

20-Código CRO S 11

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136193607404

22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA

23-Número no CRO 4550

24-UF PE

25-Código CNES

Enviar - RX (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante

27-Número no CRO 4550

28-UF PE

29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Did	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			24/03/22		VICTOR
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	MO	1	88,00	0,00			24/03/22		VICTOR
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 122,00 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

Dr. Glaucio B Lima

Dr. Glaucio B Lima

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/4/10 10 Cirurgião Dentista CRO-PE 16132

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/4/10 10 Cirurgião Dentista CRO-PE 16132

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/4/10 10 Victor G.

53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/4/10 10 CIA DO SORRISO

CIA DO SORRISO

2.4.1.

907024
INTERCÂMBIOude

10

41- Motivo da Glosa 42-Ass

22

22

—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

[illegible]

—

5	—
4	—
3	—
2	—
1	—

que assina esse documento

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

DO SOBRI...

2-N



Dados do Beneficiário

13-Name

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF26-Nome do Profissional ExecutantePlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

3

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia Co-participação R\$	

1-Tratamiento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgencia/Emergencia
☐	☐	☐	☐
1-Total	2-Parcial		
☐	☐	☐	☐

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

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

1. $\frac{1}{2}$

53-Data, local e Assinatura do Carregador da Empresa

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----