



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



1316972 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2013	4-Data de Autorização 01/02/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10827673	7-Data Validação da Guia 21/04/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020215226868200023603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KARINA DEYSE NUNES COSTA		14-Telefone 08/01/1989	15-Nome do titular do plano DANILO COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 178211611689314	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	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-	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	02/03/23		<i>Karina D. N. Costa</i>
2-	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	02/03/23		<i>Karina D. N. Costa</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	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 Encarregado-Dentista Solicitante <i>Daniela Costa</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>Dr. Karina D. N. Costa</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Daniela Costa</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa <i>Dr. Ana Paula Rosa</i>



antena DR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



1376700 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2013	4-Data de Autorização 22/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11005520	7-Data Validade da Senha 14/06/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020254009080000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VIVIANE DE FARIA FELTZ FERREIRA	14-Teléfono 02/07/1984	15-Nome do titular do plano VIVIANE DE FARIA FELTZ FERREIRA
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Alcandimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	16-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---------------------------	---	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 782161168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	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 Oclusão	42-Assinatura
1-	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	34	1	1	73,00	0,00			23/03/2013		Antena
2-	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	43	1	1	73,00	0,00			23/03/2013		Antena
3-	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	44	1	1	73,00	0,00			23/03/2013		Antena
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alandimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 219,00	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

Dra. Ana Paula Rosa  
Cirurgiã Dentista  
CRO 9400

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 23/03/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/03/2013 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/03/2013 Viviane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/03/2013
--	--	---	---



Antônio DR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1\*



1361431 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/2013	4-Data de Autorização 11/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10958969	7-Data Validação da Senha 01/03/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020253932301010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PETERSON PINHEIRO COSTA		14-Telefone 07/12/1982	15-Nome do titular do plano PETERSON PINHEIRO COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 718211616189314	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	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-	010181001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/03/23		X PETERSON
2-	010185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/03/23		X PETERSON
3-	010185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/03/23		X PETERSON
4-	010185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/03/23		X PETERSON
5-	010185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			21/03/23		X PETERSON
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 21/03/23 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/03/23 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/03/23 Peterson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/03/23 Ana Paula Rosa
---------------	--	--	--	--

Dra. Ana Paula Rosa  
Cirurgiã Dentista  
CRO 9485

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1363370  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/07/2013	4-Data de Autorização 13/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10965047	7-Data Validade da Senha 05/06/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202553072600000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome CAMILA SETSUKO OSAKI FERREIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			14-Telefone ( ) -		
15-Data de Nascimento 02/06/1993			15-Nome do titular do plano CAMILA SETSUKO OSAKI FERREIRA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA		18-Número no CRO 9485	
19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1782116168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485	
24-UF PR		25-Código CNES Envlar - RX (IF) 85200166-15		26-UF PR	
27-Número no CRO 9485		28-Código CBO S		29-UF PR	

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-	0018520011616	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15	1	1	258,00	0,00			21/03/23		Camila S. Osaki
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

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 21/03/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/03/23 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/03/23 Camila S. Osaki	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/03/23 Ana Paula Rosa Cirurgia Dentista CRO 9485
---	--	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1342551 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/02/2013	4-Data de Autorização 27/02/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10904344	7-Data Validade da Senha 17/05/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 002021554572800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MOISES MORAES SILVA	14-Telefone 01/02/2005	15-Nome do Titular do plano LUZIA INOCENCIO RAFAEL
--------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz/0	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	00811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/03/2013		<i>Ana Paula Rosa</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			09/03/2013		<i>Ana Paula Rosa</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			09/03/2013		<i>Ana Paula Rosa</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			09/03/2013		<i>Ana Paula Rosa</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			09/03/2013		<i>Ana Paula Rosa</i>
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\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 09/03/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2013
--	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-\*

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/3/10 21/213	4-Data de Autorização 12/4/10 21/213	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10890059	7-Data Validade da Senha 11/4/10 15/1213	8337962 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00020215268682100012002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome MARCEL MENDES VIEIRA		14-Telefone 22/05/1978 ( ) -	15-Nome do titular do plano HELEN CRISTINA RAMOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 718211616181934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	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	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	02/03/23		
2	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	02/03/23		
3	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	02/03/23		
4	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	02/03/23		
5												
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 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, Assinatura e Carimbo do Conselho-Dentista Solicitante 09/11/2023	51-Data, Assinatura do Conselho-Dentista 09/11/2023	52-Data, Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2023	53-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa 09/11/2023
---------------	--	--	---	--

Dra. Ana Paula Rosa  
Cirurgiã Dentista



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1\*



1376480 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/23	4-Data de Autorização 23/03/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11005013	7-Data Validade de Senha 14/06/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020254353900001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GILBERTO VIER	14-Telefone 08/01/1986	15-Nome do titular do plano GILBERTO VIER
--------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 782116168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

Fluxo 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 Olosa	42-Assinatura
1	00182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00			16/03/23		J
2												
3												
4												
5												
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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

claro, 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.

Observação

49-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 16/03/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/23 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/03/23	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Dra. Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 11005013
--	--	---	---	--