

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1299491
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/10/12 4-Data de Autocrédito 17/10/12 5-Semana AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 10778236 7-Data Validade da Semana 17/10/12 8-Data Validade da Guia 17/10/12

9-Número da Carteira 0202025542059000001021 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 17/10/12 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 1299491

13-Nome NIKOLAS ALEXANDRE LOPES DOYLE 14-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 15-Nome do titular do plano SANDRO DA SILVA DOYLE 16-Número do Cartão Nacional de Saúde 1299491

17-Plano 1208/2012 18-Data de Contratação 12/08/2012 19-Data de Vencimento 12/08/2012 20-Data de Vencimento 12/08/2012 21-Código na Operadora CNPJ / CNP 18012 22-Nome do Contratado Executante PRISCILA VENDRAMINI BORELLI 23-Número no CNO 18012 24-Número no CNO 18012 25-Código CNES 025 - 26-Código CBO S 27-Número no CBO 18012 28-UF RS 29-UF RS 30-Código CBO S 31-Valor RS 32-Código CBO S 33-Franchisa/Co-participação R\$ 34-Aut. 40-Data de Realização 41-Moeda da Guia 42-Autorização

35- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Autorização
1	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
2	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
3	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
4	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
5	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
6	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
7	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
8	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
9	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
10	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
11	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
12	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
13	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
14	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
15	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
16	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
17	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
18	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
19	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
20	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
21	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
22	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
23	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
24	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
25	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
26	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
27	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
28	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
29	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
30	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
31	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
32	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
33	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
34	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
35	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
36	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
37	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
38	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
39	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
40	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
41	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
42	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
43	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
44	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
45	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
46	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
47	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
48	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
49	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
50	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
51	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
52	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
53	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
54	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
55	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
56	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
57	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
58	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
59	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
60	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
61	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
62	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
63	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
64	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
65	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
66	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
67	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
68	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
69	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
70	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
71	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
72	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
73	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
74	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
75	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
76	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
77	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
78	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
79	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
80	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
81	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
82	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
83	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
84	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
85	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
86	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
87	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
88	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
89	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
90	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
91	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
92	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
93	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
94	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491
95	00	840000198	HA	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	17/10/12	BRL	1299491

Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2017
4-Data de Autorização
11/08/2017
5-Será Autorizado

13-Nome
LORENZO PEREZ ALMEIDA

6-Plano
POS REDE PRESTADORA

7-Número da Guia Principal
10745556

8-Data Validade da Guia
10/09/2017

15-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI

16-Data de Contratação Executante
16/03/2017

18-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

19-Data Validade da Carteira
10/09/2017

20-Nome do Cuidado Principal de Saúde
ANDREIA GOMES PEREZ

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF
18.12.18.16.14.72.01.15
25-Nome do Profissional Encarregado
PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI

22-Nome do Contrato Executante
PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI

23-Número no CRO
18012

24-UF
RS

26-Código CBO S
025 -

27-Valor
Faturar Empresa

28-UF
RS

29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Participação R\$	39-UF	40-Data de Realização	41-Mês da Oclus 42-Avaliação
1	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
6	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
7	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
8	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
9	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
10	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
11	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
12	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
13	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
14	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017
15	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	1	RS	10/09/2017	12/09/2017

43-Cita 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
14,00
47-Valor Total R\$
10,00
48-Total Faturado (Considerando R\$)
10,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confiro acata apresentação, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceito 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, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operação
50-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/2017
51-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/01/2017
52-Data Real e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/2017
53-Data Real e Assinatura do Responsável
11/01/2017
54-Data Real e Assinatura do Responsável
11/01/2017
55-Data Real e Assinatura do Responsável
11/01/2017

PRISCILLA BORELLI
Cirurgiã Dentista
CRM 1807

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1287572
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1287578
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 09/01/23	4-Data de Autorização 18/01/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10745571	7-Data Validade da Senha 09/01/23
8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
9-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDREIA GOMES PEREZ	
17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI		18-Número no CRO 18012	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI		23-Número no CRO 18012	24-UF RS	25-Código CNES
27-Número no CRO 18012		28-UF RS	29-Código CBO S	

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
0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00	0,00		18/01/23		Andréia
0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00	0,00		18/01/23		Andréia
0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00	0,00		18/01/23		Andréia
0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00	0,00		18/01/23		Andréia

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 144,00	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
18/01/23

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/01/23

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/01/23

53-Data, local e Assinatura da Empresa
18/01/23

Priscilla Borelli
Cirurgiã e Traumatologista
Bucodentofacial
CRO/RS 18012

244

City of Cincinnati
Circulation Department
800 Superior Ave.
Cincinnati, OH 45202

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1- Número ANS
406414

2- Data de Emissão da Guia
24/10/2012

3- Número da Carteira
000202536392600000101

4- Data de Autorização
31/10/2012

5- Serviço
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
10808682

7- Data Validade da Guia
12/10/2012

8- Nome
MURIEL DE AMARAL

9- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento
PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI

10- Nome do Profissional Encarregado
PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI

11- Código na Operadora / CNPJ / CPF
82186472015

12- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento
PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI

13- Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

14- Tipo de Atendimento
32- Descrição

15- Data Regio
34- Freq

16- Quantidade US
35- Valor

17- Número no CNO
18012

18- Número no CNO
18012

19- UF
RS

20- Código CBO S
025 -

21- Código CBO S
18012

22- Código CBO S
18012

23- Código CBO S
18012

24- Código CBO S
18012

25- Código CBO S
18012

26- Código CBO S
18012

27- Código CBO S
18012

28- Código CBO S
18012

29- Código CBO S
18012

30- Código CBO S
18012

31- Código CBO S
18012

32- Código CBO S
18012

33- Código CBO S
18012

34- Código CBO S
18012

35- Código CBO S
18012

36- Código CBO S
18012

37- Código CBO S
18012

38- Código CBO S
18012

39- Código CBO S
18012

40- Código CBO S
18012

41- Código CBO S
18012

42- Código CBO S
18012

43- Código CBO S
18012

24h



1310676
INTERCÂMBIO

Declaramos, 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 agir com os custos previstos em contrato. Declaramos, 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

44- Data Finalizada Termo do Tratamento

45- Tipo de Atendimento

46- Exame Radiológico

47- Exame Radiológico

48- Exame Radiológico

49- Exame Radiológico

50- Exame Radiológico

51- Exame Radiológico

52- Exame Radiológico

53- Exame Radiológico

Priscilla Borelli
CNPJ 18012

.
.

2-N



_____ *Spada*
Egiticiano / Responsável



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1353862
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4066414		3-Dia de Emissão da Guia 12/8/02		4-Data de Autorização 15/10/03		5-Sinistro AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10936394		7-Dia Validade da Guia 12/9/05	
8-Número da Carteira 000202544935000018011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Estipula CONSELHO REGIONAL DE		11-Dia Validade da Carteira 11/11/03		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome PAULO RICARDO DE AZEVEDO											
14-Endereço 1006/1983											
15-Nome do titular do plano PAULO RICARDO DE AZEVEDO											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI											
18-Número no CRO 18012											
19-UF RS											
20-Código CBO S 025 -											
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 82186472015											
22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI											
23-Número no CRO 18012											
24-UF RS											
25-Código CNES 29-Código CBO S											
26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA VENDRAMINI BORELLI											
27-Número no CRO 18012											
28-UF RS											
29-Código CBO S											
30-Fatura Faturar Empresa											
31-Código do Procedimento 1-00085300047											
32-Descrição RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
33-Dentista/Região HASD											
34-Fato HASD											
35-Quantidade US 36,00											
37-Valor 0,00											
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00											
39-Aut S											
40-Dia de Realização 12/8/02											
41-Ativo da Guia 42-Assinatura [Assinatura]											
43-Data Prescrição Termino do Tratamento 11/11/03											
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\$ 0,00											
49-Observações											
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante [Assinatura]											
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista [Assinatura]											
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Representante [Assinatura]											
53-Data local e Assinatura da Empresa [Assinatura]											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito o 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.

2-N



Priscilla Borelli
Cirurgia e Traumatologia
Bucamãx 18012
CROIRS 18012