

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

CRO: 24681/RJ

Cirurgião Dentista: (16702) - CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
363346 - I	AGOSTINHO RODRIGUES DA SILVA N (00370000027333291)		25/08/2020	203	0.3	R\$ 60,90
366261 - I	CARLOS ALBERTO CORDEIRO (00379994065514278)		28/08/2020	370	0.3	R\$ 111,00
367880 - I	LUANA OLIVEIRA LENNEBERG (00370000015580159)		01/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
369778 - I	LEANDRO DE SOUZA LARA (00379994065379745)		03/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
371029 - I	MONIQUE ANDRADE DIAS (00379994065514260)		08/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
371212 - I	SAULO COIMBRA BATALHA CHAGAS (00379994065519881)		08/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
376442 - I	LIVIA MARIA BONAFIM TORRECILLA (00379994062408361)		16/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
379782 - I	GUSTAVO FREDERICO BEUTTENMULLE (00379994065559956)		21/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
381305 - I	CARLOS ALBERTO CORDEIRO (00379994065514278)		22/09/2020	152	0.3	R\$ 45,60
382288 - I	CLAUDIA BOTELHO DOS SANTOS DE (00370000013308184)		23/09/2020	47	0.3	R\$ 14,10
383484 - I	GUSTAVO CERVEIRA BEUTTENMULLER (00379994065559930)		25/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
383662 - I	GIOVANNA CERVEIRA BEUTTENMULLE (00379994065559948)		25/09/2020	199	0.3	R\$ 59,70
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:		2364
				N° de atendimentos:		12
				Valor:		R\$ 709,20
Totalizador						
				N° de USOs:		2364
				N° de atendimentos:		12
				Valor:		R\$ 709,20

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio

E - Emergencial

P - Possui procedimentos faturados para a empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/10/2010 4-Data de Autorização 04/10/2010 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50189233 7-Data Validade da Série 02/12/2010 369778 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00379994065379745 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa LEANDRO DE SOUZA L 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701308673080630

13-Nome LEANDRO DE SOUZA LARA 14-Telefone 21/06/1986 15-Nome do titular do plano LEANDRO DE SOUZA LARA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 026126353728 22-Nome do Contratado Exatante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00			29/09/20		
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00			29/09/20		
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00			29/09/20		
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00			29/09/20		
5-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00			29/09/20		
6-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00			29/09/20		
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Dia Previsão Tempo 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 199,00 47-Valor Total R\$ 199,00 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-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dado local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



363346
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/5/10 8/12/0 4-Dia de Autorização 12/5/10 8/12/0 6-Série AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50186494 7-Dia Validade da Série 12/3/11 1/2/0

8-Número do Contrato 0003700000217333291 9-Promo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ANGELA KRONENBERG 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700504924056952

13-Nome AGOSTINHO RODRIGUES DA SILVA N 14-Telefone 04/05/1960 15-Nome do titular do plano ANGELA KRONENBERG RIBEIRO DA S

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01262161353728 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Código CRO S 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CRO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX 30-Aut 85100218 31-Aut 85100218

32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Clid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Dia de Realização 41-Motivo da Recusa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	03/09/20		
2-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	11,30	0,00	0,00	0,00	03/09/20		
3-000	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODL	1	14,30	0,00	0,00	0,00	03/09/20		
4-000	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	ODP	1	14,30	0,00	0,00	0,00	03/09/20		
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Dia 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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Odontólogo 03/10/2010 CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 03/10/2010 Cristiana Lima 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2010 Angela Kronenberg 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/5/09 12:00	4-Dia de Autorização 12/5/09 12:00	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194501	7-Dia Validade da Seria 12/4/11 12:00
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 000379994006559930	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700908919025998
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	--

13-Nome GUSTAVO CERVEIRA BEUTTEMULLER	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SONIA JIRONA CERVEIRA BENIZ
--	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	18-Número no CRO 24681	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 002626353728	22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	23-Número no CRO 24681	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	27-Número no CRO 24681	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00		S	29/09/20		Guilherme
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00		S	29/09/20		Guilherme
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00		S	29/09/20		Guilherme
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00		S	29/09/20		Guilherme
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00	0,00		S	29/09/20		Guilherme
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia de Realização 25/09/20	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 199,00	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-Dia, mês e Assinatura do Cliente/Operadora 25/09/20 RO RJ 24681	51-Dia, mês e Assinatura do Cliente/Operadora 25/09/20 Cristiane Senra	52-Dia, mês e Assinatura do Beneficiário/Responsável 25/09/20 Cristiane Senra	53-Dia, mês e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------	---	---	--	--

383484
INTERCÂMBIO



381305
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/19 12:01	4-Data de Autorização 12/10/19 12:01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193657	7-Data Validade da Série 12/11/12 12:01
Dados do Beneficiário			8-Data Validade da Carteira 10/03/19 09:40 65514278		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa ELETRO INFO RECREI		
13-Nome CARLOS ALBERTO CORDEIRO			14-Telefone () - - - - -		
Data do Contrato / Responsável pelo Tratamento 05/09/1953			15-Nome do titular do plano LUIZA MENEZES CORDEIRO		
16-Adm. e Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO			17-Nº no CRO 24681		
18-Adm. e Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO			19-UF RJ		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02626353728			22-Nome do Contratado Exatante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO		
23-Nº no CRO 24681			24-UF RJ		
25-Nome do Profissional Exatante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO			26-Código CBO S 801 - Faturar Empresa		
27-Nº no CRO 24681			28-UF RJ		
29-Código CBO S			30-Aut 40-Data de Realização		

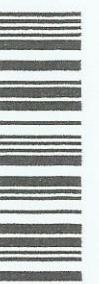
30-Tab. 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Glosa	42-Assinatura
1-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,80	0,00			12/10/19		Carla
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,80	0,00			12/10/19		Carla
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,80	0,00			12/10/19		Carla
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,80	0,00			12/10/19		Carla
5-00000000000											
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/10/19	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 152,00	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo e Operador 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/19 Carla	51-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável 12/10/19 Carla	52-Data, local e Assinatura do Profissional 12/10/19 Carla	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/19 Carla
---	---	---	--



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/08/2012 4-Dia de Autorização 12/08/2012 5-Semra AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50187754 7-Dia Validade da Semra 12/08/2012 366261 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003799940655142781 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELETRO INFO RECREI 11-Dia Validade da Carteira 12/08/2012 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 704602174427720

13-Nome CARLOS ALBERTO CORDEIRO 14-Telefone 05/09/1953 15-Nome do titular do plano LUIZA MENEZES CORDEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02626353728 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00		S	09/09/2012		Paula
2-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVI	1	43,00	0,00		S	09/09/2012		Paula
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	90,00	0,00		S	16/09/2012		Paula
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	90,00	0,00		S	16/09/2012		Paula
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Prévisto Tempo do Tratamento 16/09/2012 44-Tipo de Atendimento 1-Tipos de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 370,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 prestadora 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-Dentista e Assinatura do Cirurgião-Dentista: CRISTIANE S. SENRA COUTINHO 51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/09/2012: Paula Menezes Cordeiro 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/09/2012: Paula Menezes Cordeiro 53-Dia, local e Cessão da Empresa: 09/09/2012

54-CRO RJ 24681

2-N

379782
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708104569891836

SONIA JIRONA CERVEIRA BENIZ

conservare però i trattamenti.

17-Nome do Profissional Solicitante
CRISTIANE SANTOS

22-Nome do Contratado Executante
CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO

27-Numer
24681

adimentos Solcaldados

o Procedimento:

$$\begin{array}{r} 101010 \\ \hline \end{array}$$

3
| 0 | 0 | 0 | 0

5101010

101010	
--------	--

[illegible]

0	0	0
---	---	---

111

111

—

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]

111

—

[illegible][illegible]

Trattamento

100

que o(s) pro

o realizado, c

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 111–117

o Cirurgião-Dent

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 16/10/2010 4-Dia de Autorização 17/10/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50191787 7-Dia Validade da Guia 15/11/2010

376442
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994062408361 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702509344270739

13-Nome LIVIA MARIA BONAFIM TORECEILLA 21/03/1983 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano LIVIA MARIA BONAFIM TORECEILLA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02626353728 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 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-Dia de Realização	41-Moeda de Glósa	42-Assinatura
1-0	0	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	47,00	0,00		S	18/09/20		
2-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
3-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
4-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
5-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
6-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
7-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
8-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
9-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
10-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
11-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
12-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
13-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
14-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		
15-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00		S	18/09/20		

43-Dia Previsto Término do Tratamento 18/09/20 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 19,90 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 da 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Contratado/Donatário: CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: LIVIA MARIA BONAFIM TORECEILLA 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: LIVIA MARIA BONAFIM TORECEILLA 53-Dia, local e Contrato da Empresa

RO RJ 2456