



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

354684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	3-Data de Autorização 13/10/2018	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7777523	6-Data Validade da Guia 09/11/2018																																																		
Dados do Beneficiário																																																							
8-Número da Carteira 00202530578700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																		
13-Nome FLAVIO DOS SANTOS LIRA																																																							
15-Nome do Músculo do plano FLAVIO DOS SANTOS LIRA																																																							
14-Telefone (11) 1111-1111																																																							
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 05/08/1985																																																							
17-Nome do Profissional Solicitante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES																																																							
18-Número no CRD 100301																																																							
19-UF SP																																																							
20-Código CBO S 025 -																																																							
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 369116832810																																																							
22-Nome do Contratado Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES																																																							
23-Número no CRD 100301																																																							
24-UF SP																																																							
25-Código CBO S 025 -																																																							
26-Nome do Profissional Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES																																																							
27-Número no CRD 100301																																																							
28-UF SP																																																							
29-Código CBO S 025 -																																																							
30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado																																																							
30-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Metodo de Gesso	42-Assinatura																																											
1-00	852001140	TRATAMENTO ENDODONTICO	15		1	333000	0,00			11/10/2018																																													
2-1																																																							
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						44-Tipo de Atendimento						45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$																																					
11/11/11						1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						1-Total 2-Parcial		333000		0,00																																							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referencial 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 11/10/2018 SP														51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2018 SP														52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2018 SP														53-Data, Local e Assinatura da Empresa 11/10/2018 SP													



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F

347956
INTERCAMBIO

1-Agência ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 12/07/10 7/12/01	3-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 7745841	6-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01
8-Plano de Cobertura 0101202151015506018437011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Válida do Contrato 12/07/10 7/12/01
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DENISE DIAS DAS CHAGAS		13-Data de Emissão da Guia 24/03/1974		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do Profissional Solicitante N		16-Nome do Profissional Solicitante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES		17-UF SP	18-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
19-Código de Operadora / CNPJ / CPF 31691163281011		20-Nome do Contratado Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES		21-Número no CRO 100301	22-UF SP
23-Nome do Profissional Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES		24-Número no CRO 100301		25-UF SP	26-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
27-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
28-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
29-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
30-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
31-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
32-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
33-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
34-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
35-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
36-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
37-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
38-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
39-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
40-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
41-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
42-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
43-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
44-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
45-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
46-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
47-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
48-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
49-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
50-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
51-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
52-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
53-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
54-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
55-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
56-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
57-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
58-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
59-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
60-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
61-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
62-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
63-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
64-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
65-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
66-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
67-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
68-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
69-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
70-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
71-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
72-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
73-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
74-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
75-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
76-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
77-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
78-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
79-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
80-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
81-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
82-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
83-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
84-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
85-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
86-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
87-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
88-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
89-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
90-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
91-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
92-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
93-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
94-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
95-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
96-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
97-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					
98-Data Válida da Guia 12/07/10 7/12/01					
99-Data de Emissão da Guia 12/07/10 7/12/01					
100-Data de Autorização 13/07/10 7/12/01					

43-Data Prevista Término de Tratamento
12/07/10 7/12/01

44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46-Total Quantitativo US
24400

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Coparticipação R\$
0,00

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 no 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Assinatura:
MARIA... DES

50-Data, local e Assinatura do Operador/Contratado
12/07/10 7/12/01 SP

51-Data, local e Assinatura do Contratado/Responsável
12/07/10 7/12/01 SP

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
12/07/10 7/12/01 SP

53-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

54-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

55-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

56-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

57-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

58-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

59-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

60-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

61-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

62-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

63-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

64-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

65-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

66-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

67-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

68-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

69-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

70-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

71-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

72-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

73-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

74-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

75-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

76-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

77-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

78-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

79-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

80-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

81-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

82-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

83-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

84-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

85-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

86-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

87-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

88-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

89-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

90-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

91-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

92-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

93-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

94-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

95-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

96-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

97-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

98-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

99-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP

100-Data, local e Assinatura do Profissional
12/07/10 7/12/01 SP



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

347950
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	2-Data de Emissão de Guia 22/07/2017	3-Data de Autorização 30/07/2017	4-Série AUTORIZADO	5-Nº da Guia Principal 7745823	6-Data Validade de Sanha 22/07/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020225105506018437011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DENISE DIAS DAS CHAGAS		14-Teléfono 24/03/1974	15-Nome do titular do plano DENISE DIAS DAS CHAGAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE SIervo CAMARGO NEVES	18-Número no CRO 100301	19-UF SP	20-Código CBO 5 025 -	21-Data de Nascimento Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 369116632810	23-Nome do Contratado Responsável ALINE SIervo CAMARGO NEVES	24-Número no CRO 100301	25-UF SP	26-Código CBO 8 Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218	
Plano de Tratamento / Picoes Iniciais Solicitadas					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Clas
1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-00081000200	RESTAURAÇÃO RESINA	35 OD			
3-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
4-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
5-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
6-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
7-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
8-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
9-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
10-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
11-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
12-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
13-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
14-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
15-00081000218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 MOD			
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/08/2017					
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 Faturado / 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 a Operadora 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 sacar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/2017 SP					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2017 SP					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2017 SP					
53-Data, local e Contrato de Empresa 11/08/2017 SP ODONTOLOGIA CNPJ: 19.189.248/0002-51					



354687
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08	4-Data de Autorização 14/10/08	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 777543	7-Data Validade da Senha 09/11/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025305178700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FLAVIO DOS SANTOS LIRA	14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano FLAVIO DOS SANTOS LIRA
-----------------------------------	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES	18-Número no CRO 100301	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36916632810	22-Nome do Contratado Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES	23-Número no CRO 100301	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES	27-Número no CRO 100301	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/09/20		
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-Implante/marginalia	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Estimado US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Faturado / Co-participação R\$
---	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, avalio 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, a 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 16/09/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 16/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 16/09/20
---	---	---	--

MARIANA DOVCH MENDES

ODONTOLOGIA
CNPJ: 12.129.242/0002-51



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

347961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 22/07/2017	4-Data de Autorização 30/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Nº rem de Guia Principal 7745851	7-Data Validade de Senha 22/07/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 0002020510550601843701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade de Cartão / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome DENISE DIAS DAS CHAGAS					
14-Telefone 24/03/1974 () -					
15-Nome do titular do plano DENISE DIAS DAS CHAGAS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Abscensão e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE SIERVO CAMARGO NEVES	18-Número no CRO 100301	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 369116632810	22-Nome do Contratado Encarregado ALINE SIERVO CAMARGO NEVES	23-Número no CRO 100301	24-UF SP	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Encarregado ALINE SIERVO CAMARGO NEVES					
27-Número no CRO 100301					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabele	32-Código de Procedimento	33-Descrição	34-Dentes Região	35-Face	36-Quantidade US
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36100
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36100
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36100
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36100
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
6-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
7-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
8-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
9-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
10-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
11-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
12-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
13-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico de Olos	42-Assinatura
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Abscensão	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quotização US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144400	10100	
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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
MARIANA DOVICH MENDES					
50-Data, local e Assinatura de Representante do Grupo-Convênio	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Convênio	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Profissional	54-Data, local e Assinatura do Profissional	
02/07/2017	02/07/2017	02/07/2017	02/07/2017	02/07/2017	