

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



394263
INTERCÂMBIO

1- Nome RUTH JESUBETH ESPINOZA URAQUIOLA	2- Nome POS REDE PRESTADORA	3- Data de Emissão da Guia 11/3/10/12/10	4- Data de Autorização 11/3/10/12/10	5- Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6- Número da Guia Principal 7951701	7- Data Válida da Senha 11/10/11/21
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		11- Data Válida da Carteira 11/10/11/21				
15- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI	12/06/2001		12- Número da Carteira Nacional de Saúde		
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 0101493456058	22- Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI	18- Número no CRO 22994		19- UF RS		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		23- Número no CRO 22994		20- Código CBO S 025 -		
30- Tabela		31- Código do Procedimento		32- Descrição		

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- QM	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1- 0	0	810100065			1	34,00	0,00			15/10/2011	Ruth Jesubeth Espinoza Uraquiola	
2- 1	1											
3- 1	1											
4- 1	1											
5- 1	1											
6- 1	1											
7- 1	1											
8- 1	1											
9- 1	1											
10- 1	1											
11- 1	1											
12- 1	1											
13- 1	1											
14- 1	1											
15- 1	1											

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- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	0,00	0,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, nscos, 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	51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				
15/10/2011	15/10/2011				
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53- Data, local e Caimbo da Empresa				

2-NP^o

1-Registro ANS

406414

3-Dia de Emissão da Guia

12/9/09/12/0

4-Dia de Autorização

10/6/10/12/0

5-Semana

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7918410

7-Dia Validade da Semana

12/8/11/12/12/0

8-Número da Carteira

10/02/02/53/22/32/10/00/00/10/1

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira

1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LUCAS MISAEL SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

09/06/1994

14-Telefone

() -

15-Nome do titular do plano

LUCAS MISAEL SILVA

16-Atendimento a RN

FRANCIELE BATTISTI

17-Nome do Profissional Solicitante

FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO

22994

19-UF

RS

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10/04/93/45/60/58

22-Nome do Contratado Executante

FRANCIELE BATTISTI

23-Número no CRO

22994

24-UF

RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

FRANCIELE BATTISTI

27-Número no CRO

22994

28-UF

RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Faturar Empresa

2-Nº

386183

INTERCÂMBIO

[illegible]

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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia - Co-participação R\$
____/____/____	☐	☐	____178,00	____0,00	____,____

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos 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) 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.

5
Baptista
Coutinho

SO-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/6/11 20/12/10 [Signature]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [Signature] 27.10.11	53-Data, local e Cambio da Empresa
---	---	---	------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



387823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/11/10 4-Data de Autorização 10/13/11 5-Semla AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7925549 7-Dia Validade da Semla 13/01/12

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0020215305813000001101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LIZANDREIA DA SILVA 23/12/1985 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LIZANDREIA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN FRANCIELE BATTISTI 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1004934561058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 1185100200 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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
1-0	018510021010	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VO	1	8,810	0,010			10/12/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista 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									
			8,810									
			47-Valor Total R\$									
			0,010									
			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 no 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, 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

10/31/11 10/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

2-N⁺

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Declaro, que após ter sido devidamente assecurado 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 procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s). (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

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s), a(s) obra(s) e o(s) serviço(s) acima descrito(s), foram executados e/ou serão executados, sob a responsabilidade do(s) contratado(s), e declaro, ainda que o(s) contratado(s) arcará com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
- principal para análise na produção

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



399155
INTERCÂMBIO

1-Reg. em ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
19/10/2011

4-Data de Autorização
28/11/2012

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7973776

7-Data Validade da Sentença
17/01/2011

8-Número da Carteira
0020250757572500204903

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
PARANA EQUIPAMENTOS SA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
TAINA DIAS HERASINICZUK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
14/09/1995

14-Telefone
(11) 34284615

15-Nome do Titular do plano
ALEXANDRE CORREA HERASINICZUK

16-Alteramento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FRANCIELE BATTISTI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
00493456058

22-Nome do Contratado Executante
FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO
22994

23-Número no CRO
22994

19-UF
RS

24-UF
RS

20-Código CBO S
025 -

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
FRANCIELE BATTISTI

27-Número no CRO
22994

28-UF
RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denome Regio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-00	018100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	11	34,00	0,00		15	28/10/2011		
2-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	11	11	36,00	0,00		15	28/10/2011		
3-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	11	11	36,00	0,00		15	28/10/2011		
4-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	11	11	36,00	0,00		15	28/10/2011		
5-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	11	11	36,00	0,00		15	28/10/2011		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	30-Ortodontia	4-URGência/Emergência	46-Tipo de Faturamento	47-Tipo de Faturamento	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	50-Tipo de Faturamento	51-Tipo de Faturamento	52-Tipo de Faturamento	53-Tipo de Faturamento
	1-1-Tratamento Odontológico				1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial
49-Observação	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.											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	57-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	58-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	59-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	60-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	61-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

2-N



399356
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
FRANCIANE REJANE BATISTA JARDIM

025 -Faturar Empresa39-Aut1100

—
—
—
—
n
—
—

$$S = \sum_{i=1}^n$$

1	2	3	4
---	---	---	---

2000

—

—

1111

1100

—

—
—
—
—
—
—
—
—

47-Valor Total R\$

1111

10

1111

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



399355
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012		4-Data de Autorização 12/7/10/2012		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7972058		7-Data Validação da Semeta 11/7/01/12/11	
8-Número da Carteira 00020253263830000101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validação da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Atuante FRANCIANE REJANE BATISTA JARDIM											
14-Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento 28/06/1982											
15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI		18-Número no CRO 22994		19-UF RS		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010493456058		22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI		23-Número no CRO 22994		24-UF RS		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI		27-Número no CRO 22994		28-UF RS		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00						FRANCIANE
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						FRANCIANE
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						FRANCIANE
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						FRANCIANE
5	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						FRANCIANE
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\$ 10,00		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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável FRANCIANE		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	--	--	-------------------------------------	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



396937
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dado de Emissão da Guia
15/11/2012

4-Dado de Autorização
28/11/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7962976

7-Dado Validade da Senha
13/10/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202525636400001203

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
IMOBILIARIA RAZAO LTDA

11-Dado Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
CRISTIANE VIDOR DA ROCHA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LISIANE GOUVEA DA SILVEIRA VIDOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
13/11/1994

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO
22994

19-UF
RS

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
00493456058

22-Nome do Contratado Executante
FRANCIELE BATTISTI

23-Número no CRO
22994

24-UF
RS

25-Código CNES
29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
FRANCIELE BATTISTI

27-Número no CRO
22994

28-UF
RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cidc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dado de Realização	41-Motivo da Causa	42-Aut
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00	523,00				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dado 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
34,00

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-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



1-Registro ANS 406414
3-Dia de Emissão da Guia 12/09/10
4-Dia de Autorização 12/08/11
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7746575
7-Dia Validade da Guia 12/11/10

348118
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010202530352330000101021
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional do Saúde

13-Nome HEMILLYN DA SILVA OLIVEIRA
14-Teléfono
15-Nome do titular do plano REJANE SANTOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N
17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI
18-Número no CRO 22994
19-UF RS
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10104913456058
22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI
23-Número no CRO 22994
24-UF RS
25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI
27-Número no CRO 22994
28-UF RS
29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Face	35-Cid	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura
1-10	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		5	28/11/2010		
2-10	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		5	28/11/2010		
3-10	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		5	28/11/2010		
4-10	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		5	28/11/2010		
5-10	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		5	28/11/2010		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade	47-Valor Total	48-Total Franquia / Co-participação							
1-1	1-1	1-1	174,00	10,00								

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) 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, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Dia, local e Carimbo da Empresa