Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 387989

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/10/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	387989	30/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379941065470432	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	701209034473318

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCELLO DA SILVA AZEVEDO 03/11/1965	( ) -	KARLA MOREIRA DA SILVA AZEVEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43067557700	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

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 Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	01/10/20		
2 -	00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	26		1	67,00	0,00		N	01/10/20		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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$
01/10/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	101,00	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

Haroldo Pereira Coelho - 1 Dem

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/10/20	01/10/20	01/10/20	01/10/20

IDT. 01488542-3 MD
CRO-RJ 22,192-2

cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 381366 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/09/20	/ /	AGUARDANDO TOKEN DO	7897856	22/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530735000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANE FERNANDES PEREIRA 22/07/1965	( ) -	ROSANE FERNANDES PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43067557700	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

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 Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			23/09/20		
2			84000148 12										
3			13										
4			14										
5			15										
6			85001168										
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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$
23/09/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	0,00	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

Haroldo Pereira Coelho – Dent
CRO – RJ 22.192 – 2
CPF 01488542-3 MD

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/09/20	23/09/20	23/09/20	23/09/20

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 381366

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/09/20	01/10/20	AUTORIZADO	7897856	22/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530735000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANE FERNANDES PEREIRA 22/07/1965	( ) -	ROSANE FERNANDES PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43067557700	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

Faturar Empresa

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 Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	/ /		
2 -											/ /		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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	47,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	/ /	/ /	/ /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 381368

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/09/20	23/09/20	AUTORIZADO	50193666	22/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379941058820032	POS REDE PRESTADORA	ADVOCACIA GAMA MAL	/ /	898004806073018

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDUARDA LOURENCO RIBEIRO 26/11/2009	( ) -	ESTELA LOURENCO DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43067570700	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

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 Glosa	42-Assinatura
1	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53		1	125,00	0,00		S	23/09/20		
2	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63		1	125,00	0,00		S	23/09/20		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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$
30/09/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	250,00	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	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
23/09/20	23/09/20	23/09/20 leandro	23/09/20 Haroldo Pereira Coelho - Dent. HDT. 01488542-2 MD CRO-RJ 22,192-?

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 380681

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/09/20	22/09/20	AUTORIZADO	50193452	21/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379941058820040	POS REDE PRESTADORA	ADVOCACIA GAMA MAL	/ /	898005887424038

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS LOURENCO RIBEIRO 08/03/2005	( ) -	ESTELA LOURENCO DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43067557700	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

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 Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	22/09/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12,00	0,00		S	22/09/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00		S	22/09/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12,00	0,00		S	22/09/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	12,00	0,00		S	22/09/20		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	90,00	0,00		S	25/09/20		
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	90,00	0,00		S	25/09/20		
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	90,00	0,00		S	30/09/20		
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	90,00	0,00		S	30/09/20		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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$
30/09/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	455,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/09/20	22/09/20	22/09/20	22/09/20

Haroldo Pereira Coelho — Dent
CRO-RJ 22,192-2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 380681

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/09/20	22/09/20	AUTORIZADO	50193452	21/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379941058200400	POS REDE PRESTADORA	ADVOCACIA GAMA MAL	/ /	898005887424038

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS LOURENCO RIBEIRO 08/03/2005	( ) -	ESTELA LOURENCO DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43067557700	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

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 Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	22/09/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12,00	0,00		S	22/09/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00		S	22/09/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12,00	0,00		S	22/09/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	12,00	0,00		S	22/09/20		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	90,00	0,00		S	25/09/20		
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	90,00	0,00		S	25/09/20		
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	90,00	0,00		S	30/09/20		
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	90,00	0,00		S	30/09/20		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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$
30/09/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	455,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/09/20	22/09/20	22/09/20	22/09/20

Haroldo Pereira Coelho – Dent
IDT. 01488542-3 MD
CRO-RJ 22,192-2

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349707

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/08/20	03/08/20	AUTORIZADO	50180904	30/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
003700000028672979	POS REDE PRESTADORA	COOPATAXI C DE C E T DOS M A T	/ /	704103061098050

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA DAS NEVES INACIO ROMERO	05/08/1950	(21) 3332-6412	RENATO ROMERO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43067557000	HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
HAROLDO PEREIRA COELHO	22192	RJ	

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 Glosa	42-Visto
1-	00	82000332	EXODONTIA DE PERMANENTE	25		1	7300	0,00		S	07/08/20		
2-											/ /		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

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
07/08/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	7300	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 pre 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	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
07/08/20	07/08/20	07/08/20	07/08/20

HAROLDO PEREIRA COELHO CIR. DENT - RJ
IDT. 014868542.3 MD CRO - RJ 22192
ATUANDO EM SISTEMA DE SAÚDE



