



Formulário para a OdontoLife

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/08/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00002025119998360003156006

13-Nome
FABIO RAFAEL A DE HOLANDA CAVALCANTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
9123402611872

26-Nome do Profissional Executante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-
1-00081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	32-
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		
11-		
12-		
13-		
14-		
15-		

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Atendimento

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. Dedaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tolfiram 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.

48-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. Dedaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tolfiram 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



Formulário para a OdontoLife

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/07/1201

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00002025119998360003156006

13-Nome
EMANUELLE RODRIGUES ALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
9123402611872

26-Nome do Profissional Executante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-	33-	34-	35-	36-	37-	38-	39-	40-	41-	42-
1-00081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	61	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Atendimento

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. Dedaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tolfiram 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.

48-Observação

Exatamente eleu. 61, não relate que não conseguiu" ficar em casa."

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante



Formulário para a OdontoLife

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/07/1201

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00002025119998360003156006

13-Nome
EMANUELLE RODRIGUES ALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
9123402611872

26-Nome do Profissional Executante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-	33-	34-	35-	36-	37-	38-	39-	40-	41-	42-
1-00081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	61	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Atendimento

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. Dedaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tolfiram 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.

48-Observação

Exatamente eleu. 61, não relate que não conseguiu" ficar em casa."

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante



Formulário para a OdontoLife

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/07/1201

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00002025119998360003156006

13-Nome
EMANUELLE RODRIGUES ALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
9123402611872

26-Nome do Profissional Executante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-	33-	34-	35-	36-	37-	38-	39-	40-	41-	42-
1-00081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	61	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Atendimento

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. Dedaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tolfiram 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.

48-Observação

Exatamente eleu. 61, não relate que não conseguiu" ficar em casa."

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante