

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

CRO: 5041/ES

Cirurgião Dentista: (17395) - BRUNO PEREIRA POSSES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
382033 - I	RHYAN GUILHERME RODRIGUES BERGER (00202531968100000103)		23/09/2020	34	0.4	R\$ 13,60
382033 - I	RHYAN GUILHERME RODRIGUES BERGER (00202531968100000103)		23/09/2020	72	0.45	R\$ 32,40
386525 - I	EMANUELLY SANTOS BERGER (00202531968100000104)		30/09/2020	34	0.4	R\$ 13,60
386525 - I	EMANUELLY SANTOS BERGER (00202531968100000104)		30/09/2020	72	0.45	R\$ 32,40
386525 - I	EMANUELLY SANTOS BERGER (00202531968100000104)		30/09/2020	70	0.5	R\$ 35,00
397159 - I	NATHALIA SEPULCHRO SALES (00202532802900000101)		15/10/2020	178	0.4	R\$ 71,20
406067 - I	KRIS EVERT LUIZ DA SILVA (00202532802900000102)		27/10/2020	178	0.4	R\$ 71,20
419686 - I	ISADORA ANGELO DA COSTA (00202533348700000102)		16/11/2020	34	0.4	R\$ 13,60
419686 - I	ISADORA ANGELO DA COSTA (00202533348700000102)		16/11/2020	70	0.5	R\$ 35,00
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:		742
				N° de atendimentos:		5
				Valor:		R\$ 318,00
Totalizador						
				N° de USOs:		742
				N° de atendimentos:		5
				Valor:		R\$ 318,00

29/12/2020

Dr. Bruno Pereira das Poses
Cirurgião Dentista
CRO-ES 5041

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 29/12/2020 15:58

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



419686
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

16/11/2017

4-Data de Autorização

12/11/2017

5-Senha AUTORIZADO

8056155

6-Número da Guia Principal

8056155

7-Data Validade da Senha

11/12/2017

8-Número da Carteira

01012012533348700001010121

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ISADORA ANGELO DA COSTA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

16-Número no CRO

17-UF

18-Código CBO S

19-Código CNES

20-Código CBO S

21-Data de Realização

22-Motivo da Guia

23-Nome do Profissional Solicitante

BRUNO PEREIRA POSSES

24-Nome do Contratado Executante

25-Número no CRO

26-UF

27-Código CNES

28-Código CBO S

29-Código CBO S

30-Código CNES

31-Código CBO S

32-Data de Realização

33-Motivo da Guia

34-Data de Realização

35-Motivo da Guia

36-Nome do Profissional Solicitante

BRUNO PEREIRA POSSES

37-Nome do Contratado Executante

38-Número no CRO

39-UF

40-Código CNES

41-Código CBO S

42-Código CNES

43-Código CBO S

44-Data de Realização

45-Motivo da Guia

46-Data de Realização

47-Motivo da Guia

48-Nome do Profissional Solicitante

49-Nome do Contratado Executante

50-Número no CRO

51-UF

52-Código CNES

53-Código CBO S

54-Código CNES

55-Código CBO S

56-Data de Realização

57-Motivo da Guia

58-Data de Realização

59-Motivo da Guia

60-Nome do Profissional Solicitante

61-Nome do Contratado Executante

62-Número no CRO

63-UF

64-Código CNES

65-Código CBO S

66-Código CNES

67-Código CBO S

68-Data de Realização

69-Motivo da Guia

70-Data de Realização

71-Motivo da Guia

72-Nome do Profissional Solicitante

73-Nome do Contratado Executante

74-Número no CRO

75-UF

76-Código CNES

77-Código CBO S

78-Código CNES

79-Código CBO S

80-Data de Realização

81-Motivo da Guia

82-Data de Realização

83-Motivo da Guia

84-Nome do Profissional Solicitante

85-Nome do Contratado Executante

86-Número no CRO

87-UF

88-Código CNES

89-Código CBO S

90-Código CNES

91-Código CBO S

92-Data de Realização

93-Motivo da Guia

94-Data de Realização

95-Motivo da Guia

96-Nome do Profissional Solicitante

97-Nome do Contratado Executante

98-Número no CRO

99-UF

100-Código CNES

101-Código CBO S

102-Código CNES

103-Código CBO S

104-Data de Realização

105-Motivo da Guia

106-Data de Realização

107-Motivo da Guia

108-Nome do Profissional Solicitante

109-Nome do Contratado Executante

110-Número no CRO

111-UF

112-Código CNES

113-Código CBO S

114-Código CNES

115-Código CBO S

116-Data de Realização

117-Motivo da Guia

118-Data de Realização

119-Motivo da Guia

120-Nome do Profissional Solicitante

121-Nome do Contratado Executante

122-Número no CRO

123-UF

124-Código CNES

125-Código CBO S

126-Código CNES

127-Código CBO S

128-Data de Realização

129-Motivo da Guia

130-Data de Realização

131-Motivo da Guia

132-Nome do Profissional Solicitante

133-Nome do Contratado Executante

134-Número no CRO

135-UF

136-Código CNES

137-Código CBO S

138-Código CNES

139-Código CBO S

140-Data de Realização

141-Motivo da Guia

142-Data de Realização

143-Motivo da Guia

144-Nome do Profissional Solicitante

145-Nome do Contratado Executante

146-Número no CRO

147-UF

148-Código CNES

149-Código CBO S

150-Código CNES

151-Código CBO S

152-Data de Realização

153-Motivo da Guia

154-Data de Realização

155-Motivo da Guia

156-Nome do Profissional Solicitante

157-Nome do Contratado Executante

158-Número no CRO

159-UF

160-Código CNES

161-Código CBO S

162-Código CNES

163-Código CBO S

164-Data de Realização

165-Motivo da Guia

166-Data de Realização

167-Motivo da Guia

168-Nome do Profissional Solicitante

169-Nome do Contratado Executante

170-Número no CRO

171-UF

172-Código CNES

173-Código CBO S

174-Código CNES

175-Código CBO S

176-Data de Realização

177-Motivo da Guia

178-Data de Realização

179-Motivo da Guia

180-Nome do Profissional Solicitante

181-Nome do Contratado Executante

182-Número no CRO

183-UF

184-Código CNES

185-Código CBO S

186-Código CNES

187-Código CBO S

188-Data de Realização

189-Motivo da Guia

190-Data de Realização

191-Motivo da Guia

192-Nome do Profissional Solicitante

193-Nome do Contratado Executante

194-Número no CRO

195-UF

196-Código CNES

197-Código CBO S

198-Código CNES

199-Código CBO S

200-Data de Realização

201-Motivo da Guia

202-Data de Realização

203-Motivo da Guia

204-Nome do Profissional Solicitante

205-Nome do Contratado Executante

206-Número no CRO

207-UF

208-Código CNES

209-Código CBO S

210-Código CNES

211-Código CBO S

212-Data de Realização

213-Motivo da Guia

214-Data de Realização

215-Motivo da Guia

216-Nome do Profissional Solicitante

217-Nome do Contratado Executante

218-Número no CRO

219-UF

220-Código CNES

221-Código CBO S

222-Código CNES

223-Código CBO S

224-Data de Realização

225-Motivo da Guia

226-Data de Realização

227-Motivo da Guia

228-Nome do Profissional Solicitante

229-Nome do Contratado Executante

230-Número no CRO

231-UF

232-Código CNES

233-Código CBO S

234-Código CNES

235-Código CBO S

236-Data de Realização

237-Motivo da Guia

238-Data de Realização

239-Motivo da Guia

240-Nome do Profissional Solicitante

241-Nome do Contratado Executante

242-Número no CRO

243-UF

244-Código CNES

245-Código CBO S

246-Código CNES

247-Código CBO S

248-Data de Realização

249-Motivo da Guia

250-Data de Realização

251-Motivo da Guia

252-Nome do Profissional Solicitante

253-Nome do Contratado Executante

254-Número no CRO

255-UF

256-Código CNES

257-Código CBO S

258-Código CNES

259-Código CBO S

260-Data de Realização

261-Motivo da Guia

262-Data de Realização

263-Motivo da Guia

264-Nome do Profissional Solicitante

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 13/01/2019 4-Data de Autorização 10/12/2016 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7921088 7-Data Validade da Semina 12/19/2012 8-386525 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário 8-Nome da Carteira 10/02/02 25319168101000010104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome EMANUELLY SANTOS BERGER 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano KARLA REGINA RODRIGUES OLIVEIRA SANTOS 16-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO PEREIRA POSSES 18-Número no CRO 5041 19-UF ES 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108807679795 22-Nome do Contratado Executante BRUNO PEREIRA POSSES 23-Número no CRO 5041 24-UF ES 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante BRUNO PEREIRA POSSES 27-Número no CRO 5041 28-UF ES 29-Código CBO S

670 concluída

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rajão	34-Fração	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	018110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	10,10		15	02/11/2019		X Mariana Regine
2-00	018400000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	12,10	10,10		15	02/11/2019		X Mariana Regine
3-00	018100000014	CONDICIONAMENTO EM		1	1	70,10	10,10		15	02/11/2019		X Mariana Regine
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 1176,10 47-Valor Total R\$ 0,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentada, 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(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

Dr. Bruno Pereira das Poses

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2019 Mariana Regine 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2019 Mariana Regine 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2019 Mariana Regine 53-Data, local e Cópia da Empresa

2-N⁺382033 INTERCÂMBIO

ide

5

quick

1

41-Motivo da Glosa 42-Ass

2011.11.14

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

—

— — — — —

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

—

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

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

...

1000

1000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/10	4-Data de Autorização 12/11/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7963930	7-Data Validade da Senha 11/03/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 1002025328029000010101	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 397159 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome NATHALIA SEPULCHRO SALES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano NATHALIA SEPULCHRO SALES
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO PEREIRA POSSES	18-Número no CRO 5041
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 008181076797915	22-Nome do Contratado Executante BRUNO PEREIRA POSSES	23-Número no CRO 5041
26-Nome do Profissional Executante BRUNO PEREIRA POSSES	27-Número no CRO 5041	28-UF ES
29-Código CBO S 5041	30-Código CBO S 5041	31-Código CBO S 5041

670 conduda

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			21/10/2010		
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
6-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
7-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
8-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
9-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
10-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
11-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
12-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
13-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
14-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		
15-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			21/10/2010		

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	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	1178,00	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 no 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
Alterada a Guia de tempo para 15 dias úteis.
Dr. Bruno Pereira das Poses

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2010 Bruno Pereira das Poses

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2010 Bruno Pereira das Poses

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/2010 NATHALIA S.SALES

53-Dia, local e Assinatura da Empresa
11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/2011	4-Data de Autorização 11/01/11 11/2011	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8000513	7-Data Validade da Semeta 12/5/10 11/12/11	406067 INTERCAMBIO
--------------------------	--	---	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 01012012532802900001011012	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 KRIS EVERT LUIZ DA SILVA	17/01/1994	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano NATHALIA SEPULCHRO SALES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Alimentação a RN BRUNO PEREIRA POSSES		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO PEREIRA POSSES		18-Número no CRO 5041		19-UF ES		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 018180767997915111		22-Nome do Contratado Executante BRUNO PEREIRA POSSES		23-Número no CRO 5041		24-UF ES		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante BRUNO PEREIRA POSSES	
27-Número no CRO 5041		28-UF ES		29-Código CBO S		30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

GTO Concluida

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 Guia	42-Assinatura
1-10	01811001006511	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	11	34,10	01	01,010		11	11	11
2-10	01815301004711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	11	11	36,10	01	01,010		11	11	11
3-10	01815301004711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	11	11	36,10	01	01,010		11	11	11
4-10	01815301004711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	11	11	36,10	01	01,010		11	11	11
5-10	01815301004711	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	11	11	36,10	01	01,010		11	11	11
6-11												
7-11												
8-11												
9-11												
10-11												
11-11												
12-11												
13-11												
14-11												
15-11												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)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

Dr. Bruno Pereira das Poses

Dr. Bruno Pereira das Poses

CRM: 0000000000

CRM: 0000000000

CRM: 0000000000

CRM: 0000000000

CRM: 0000000000

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11 01/2011 Bruno Pereira das Poses	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 01/2011 Bruno Pereira das Poses	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 12/11/11 01/2011 NATHALIA S. SALES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---