



7 - Registro ANS 582	3 - Número da Guia Principal 	4 - Data de Autorização 29/07/2022	5 - Sentença 28741643	6 - Data de Validade da Saninha 27/10/2022	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira		9 - Plano		10 - Empresa		11 - Validade da Carteira		12 - Cartão Nacional de Saúde		16 - Atendimento a RN	
45320619021977		ODONTO OURO		PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		N	
13 - Nome				14 - Telefone		15 - Nome do titular do plano					
SUELI MATHIAS DE SOUZA				() () () () () () () () () () () ()		SUELI MATHIAS DE SOUZA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante		18 - Número no CRO		19 - UF		20 - Código CBO	
21 - Código na Operadora	126993	22 - Nome do Contratado, Executante	NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	24 - UF	SP	25 - Código CNES	2879549
26 - Nome do Profissional Executante	GABRIELA SANTOS DA CRUZ E GOES	27 - Número no CRO	138944	28 - UF	SP	29 - Código CBO	

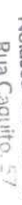
Piano de Tratamento / Procedimientos Solicitados / Procedimientos Executados

[illegible]

43 - Data de Término do Tratamento	30/11/2022
44 - Tipo de Atendimento	1
45 - Tipo de Faturamento	1
46 - Total Quantidade US	1
47 - Valor Total (R\$)	16.19
48 - Valor Total Franquia (R\$)	1

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 arcuar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) folhiaram 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/Justificativa

50 - Data de Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	30/07/22
51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
52 - Data de assinatura do Cirurgião-Dentista	30/07/22
53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista	
54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	30/07/22
55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
56 - Data do cancelamento da empresa	30/07/22
57 - Assinatura do Cirurgião-Dentista	