



348209
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180284	7-Data Validade da Senha 27/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000009909667	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDAÇÃO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016293667021
13-Nome ANA ELISA FONSECA MACHADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AZEREDO MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	29/07/20		
2-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	29/07/20		
3-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	29/07/20		
4-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	29/07/20		
5-												
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 196,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/07/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ-37382



348206
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180277	7-Data Validação da Senha 27/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000009909667	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016293667021
13-Nome ANA ELISA FONSECA MACHADO		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AZEREDO MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/07/20		x b f g
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/07/20		x b f g
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/07/20		x b f g
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/07/20		x b f g
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/07/20		x b f g
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 174,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/07/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382



348191
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180268	7-Data Validade da Senha 27/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 0037000005087719	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004648481234
13-Nome ANA ALICE FONSECA MACHADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AZEREDO MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/07/20		x
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/07/20		x
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/07/20		x
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/07/20		x
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/07/20		x
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 174,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/07/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Lemos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382



336094
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7690798	7-Data Validade da Senha 06/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528230000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE CLAUDIO BERNARDO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE CLAUDIO BERNARDO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100226 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85100226 (I) 85100200

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-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MPVI	1	122,00	0,00		S	29/07/20	IPG	
2-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MDPV	1	122,00	0,00		S	29/07/20	IPG	
3-	0085100220	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	29/07/20	IPG	
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00		S	29/07/20	IPG	
5-												
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 420,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/07/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ-37382

Cláudio B. da Silva



341434
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/07/20	4-Data de Autorização 18/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177408	7-Data Validade da Senha 16/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000016555255	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706007349746249
13-Nome VERONICA RODRIGUES DE LIMA		14-Telefone () -	15-Data Validade da Senha 04/07/1962	
15-Nome do titular do plano VERONICA RODRIGUES DE LIMA				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	29/07/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	29/07/20		
3-												
4-												
5-												
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 122,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/20 Ana Carolina G. de Campos				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20 Ana Carolina G. de Campos				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20 Verônica Rodrigues de Lima				53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/07/20			
---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382

Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382



343256
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178135	7-Data Validade da Senha 20/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00373195101515008	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708603076782481
13-Nome PAULO ROBERTO GALLART		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO GALLART	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-014 (I) 85300039-012 (I) 85300039-013
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/07/20		x
2-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	29/07/20		x
3-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	29/07/20		x
4-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	29/07/20		x
5-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	29/07/20		x
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 210,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/07/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382



343171
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/20	4-Data de Autorização 22/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7723021	7-Data Validade da Senha 19/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202529040000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALAIR SANTOS DA SILVEIRA			14-Telefone (21) 4101-0801	15-Nome do titular do plano ALAIR SANTOS DA SILVEIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-013 (I) 85300039-012 (I) 85300039-014
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS			27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/07/20		x
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	28/07/20		x
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	28/07/20		x
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	28/07/20		x
5	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	28/07/20		x
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 210,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/07/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382

344476
INTERCÂMBIO

tratamento / Procedimentos Solicitados	Quantidade de Pacientes	%
Tratamento Clínico	60	78,9%
Cirurgia	16	21,1%

ação

Ana Carolina G. de Campo
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37396