



CIA DO SORRISO

02.045.239/0007-07

Avenida Conselheiro Aguiar, Pina

Recife - PE, CEP- 51011-031

Fone- (81) 3011-8200 | (81) 3011-8230

Dados da Remessa

Nro. Remessa: 1228

Competência: 07/2021

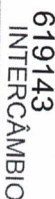
Tipo: Odontológico

Valor Total: **244,50**

Convênio: Odontolife

6 Atendimento(s)

#	Paciente	Entrada	Profissional	Nro. Guia	Valor
31416	ALICIA SANTOS SANTANA	14/07/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	619143	18,30
30942	ALICIA SANTOS SANTANA	07/07/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	611159	71,70
31386	ANA CLAUDIA DOS SANTOS SILVA	13/07/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	618483	53,40
30680	EDIMILSON SANTIAGO DAS NEVES	01/07/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	593171	42,60
31058	EDIMILSON SANTIAGO DAS NEVES	08/07/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	604984	21,90
32056	MARIA GABRIELA DE PAULA	26/07/21	TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	612545	36,60

2-N⁺

0	0	2	0	2	5	2	5	3	0	7	1	0	0	0	7	3	6	0	1
S-Plano																			
POS REDE PRESTADORA																			
10-Empresa																			
ELIANE S A REVESTIMENTOS																			
11-Data Validade da Carteira																			
12-Número do Cartão																			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

TERCIA MARIA NADE
Zé-Vinícius do Profissional Executante

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible][illegible]

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

5) - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

CRO 4550

56) - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

CRO 4550

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/07	4-Data de Autorização 10/11/07	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8766146	7-Data Validade da Semha 12/9/09	604984 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 1010210121535199801010101011011	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 EDMILSON SANTIAGO DAS NEVES	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDMILSON SANTIAGO DAS NEVES
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	18-Número no CRO 4550	19-UF PE	20-Código CBO S 025 -
---	--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1316193607404	22-Nome do Contratado Excitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	23-Número no CRO 4550	24-UF PE	25-Código CNES	Faturar Empresa
--	--	--------------------------	-------------	----------------	-----------------

26-Nome do Profissional Excitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA	27-Número no CRO 4550	28-UF PE	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82000859			15	1	73,10	10		11/08/07		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2011	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 173,10	47-Valor Total R\$ 10,070	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	--	----------------------------------	------------------------------	---

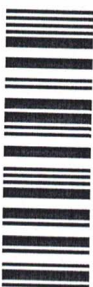
Dr. Alexandre Cunha

Dr. Alexandre Cunha

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2011 20:32 CRO PE 1741	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 08/11/2011 20:32 CRO PE 1741	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2011 20:41 Edmilson	53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/11/2011 21:41 InterCambio do Canto de
---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



611159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 17/12/11	4-Data de Autorização 10/7/10 17/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8785627	7-Data Validade da Senha 10/5/11 10/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 7 1 0 0 0 7 3 6 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa EUANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALICIA SANTOS SANTANA					
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA					
18-Número no CRO 4550					
19-UF PE					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 6 1 9 3 6 0 7 4 0 4 / / /					
22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA					
23-Número no CRO 4550					
24-UF PE					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA					
27-Número no CRO 4550					
28-UF PE					
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
1-1 0 1 0	1 8 1 0 0 0 0 3 1 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0					
2-1 0 1 0	1 8 5 3 0 0 0 4 7 1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0					
3-1 0 1 0	1 8 5 3 0 0 0 4 7 1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0					
4-1 0 1 0	1 8 5 3 0 0 0 4 7 1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0					
5-1 0 1 0	1 8 5 3 0 0 0 4 7 1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0					
6-1 0 1 0	1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6 1 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0					
7-1 1 1 1												
8-1 1 1 1												
9-1 1 1 1												
10-1 1 1 1												
11-1 1 1 1												
12-1 1 1 1												
13-1 1 1 1												
14-1 1 1 1												
15-1 1 1 1												
43-Data Prescrição Tratamento do Tratamento												
44-1-Tipo de Atendimento												
45-1-Tipo de Faturamento												
46-1-Total 2-Parcial												
47-Valor Total R\$												
48-1-Total Quantidade US												
49-Valor Total R\$												
40-Total Franquia / Co-participação R\$												

01/11/07/10/08/1

1-Tipologia Odontológica
2-Exame Radiológico
3-Ortodontia
4-Urgência/Emergência

1-Totál
2-Parcial

12 3 9 1 0 1 0

10 1 0 1 0

40-Total Franquia / Co-participação R\$

DECLARO, que após ter sido devidamente assestado 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.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura</

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, compreendendo-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), foram realizados 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
01/11/07/10/08/1

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
01/11/07/10/08/1

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/11/07/10/08/1

53-Data, local e Assinatura da Empresa
01/11/07/10/08/1

54-Data, local e Assinatura do Profissional
01/11/07/10/08/1

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
CRD 4350

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
CRD 4350

SANTANA

TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA
CRD 4350

2-N^o

2020/11/17



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/2017 4-Data de Autorização 12/06/2017 5-Senha AUTORIZADO 8789868 6-Número da Guia Principal 8789868 7-Data Validade da Senha 10/06/2017 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 1002021539604600000101010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/06/2017 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA GABRIELA DE PAULA 05/01/1997 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA GABRIELA DE PAULA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 18-Número no CRO 4550 19-UF PE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136119136074044 22-Nome do Contratado Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 23-Número no CRO 4550 24-UF PE 25-Código CNES (I) 85100218

26-Nome do Profissional Executante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA 27-Número no CRO 4550 28-UF PE 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
		RESTAURAÇÃO RESINA	23	IDV	1	1	2	2	0	0		
2- 1	1											
3- 1	1											
4- 1	1											
5- 1	1											
6- 1	1											
7- 1	1											
8- 1	1											
9- 1	1											
10- 1	1											
11- 1	1											
12- 1	1											
13- 1	1											
14- 1	1											
15- 1	1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/06/2017 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 112200 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 CRO 4550 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CRO 4550 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/06/2017

CIADO SORRISO LTDA



618483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/21	4-Data de Autorização 13/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8809343	7-Data Validade da Senha 11/11/21
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253993800000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome ANA CLAUDIA DOS SANTOS		12/02/1984		14-Telefone () - - - - -	
15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA DOS SANTOS					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		22-Nome do Contratado Excedente TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		18-Número no CRO 4550	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136193607404		23-Número no CRO 4550		19-UF PE	
25-Nome do Profissional Excedente TERCIA MARIA NAPOLES MEDEIROS FILGUEIRA		27-Número no CRO 4550		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
28-UF PE		29-Código CBO S		24-UF PE	
25-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	13/10/21	21			
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	13/10/21	21			
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	13/10/21	21			
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	13/10/21	21			
5-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	13/10/21	21			
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/04/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 13/10/21 Ana Claudia	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/21 Ana Claudia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/21 Ana Claudia	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/10/21
---	---	---	--