

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



381027

23 09 20	23 09 20	23 09 20	23 09 20
----------	----------	----------	----------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



382475

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



381800

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão do Guia (2)3/09/2012	3-Data de Atualização (2)4/09/2012	4-Tipo de Serviço AUTORIZADO	5-Valor em Reais 7899438	6-Data Submissão do Guia (2)2/11/2012
7-Endereço do Cliente 00202510550600159202		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data de Emissão da Carta / /	11-Número da Carta Nacional de Saúde
12-Nome DEMETRIUS GOMES LOBATO		13-Data de Nascimento 23/09/1999	14-Telefone (11) / /	15-Nome do Médico do Dente ROSANGELA LOURENCO GOMES	
16-Endereço do Responsável pelo Tratamento N		17-Nome do Responsável pelo Tratamento CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número do CBO 91223	19-UF SP	20-Cidade (CBO) SP
21-Código de Operadora - CNPJ / CNP (3)3880265801		22-Nome do Contratado Exequente CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número do CBO 91223	24-UF SP	25-Cidade (CBO) SP
26-Nome do Profissional Exequente CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		27-Número do CBO 91223	28-UF SP	29-Cidade (CBO) SP	30-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 82001226-29 (1) 81000421- (1) 82001226-38 (1) 81000421-

Fluxo de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tipo	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Código	35-Quantidade	36-Valor	37-Fratura	38-Fratura/Coat-cópiação RS	39-Data	40-Data de Realização	41-Medicação (Data 42-Realização)
1	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	361000	0000	S	24/09/2012		1
1	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	361000	0000	S	24/09/2012		1
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	14000	0000	S	24/09/2012		1
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	14000	0000	S	24/09/2012		1
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

43-Data de Emissão do Guia (1) / (1) / (1)	44-Tipo de Atendimento (1) / (1) / (1)	45-Tipo de Procedimento (1) / (1) / (1)	46-Tipo de Procedimento (1) / (1) / (1)	47-Valor Total em R\$ 750000	48-Valor Total em R\$ 0000	49-Valor Total em R\$ 0000
---	---	--	--	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo estar apresentando, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e anexo com os custos oriundos em consultório. Declaro, ainda, que não procederei a qualquer reclamação, reclamação ou por qualquer outro motivo, após a realização do tratamento, com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data de Emissão do Guia 24/09/2012	51-Data de Realização do Tratamento 24/09/2012	52-Data de Realização do Tratamento 24/09/2012	53-Data de Realização do Tratamento 24/09/2012
54-Data de Realização do Tratamento 24/09/2012	55-Data de Realização do Tratamento 24/09/2012	56-Data de Realização do Tratamento 24/09/2012	57-Data de Realização do Tratamento 24/09/2012



351755

INTERCAMBIO

1-Registro ANO 406414	2-Data de Emissão do Guia 05/10/81/20	3-Data de Autorização 06/10/81/20	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Original 7763794	6-Data Validade da Série 03/11/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	---

7-Dados do Beneficiário 8-Número do Cartão 00202525306800004601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABRICIA GUERREIRA DE SOUZA	14-Telefone 11/07/1993	15-Rua do titular do plano FABRICIA GUERREIRA DE SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RSE N	17-Nome do Profissional Contratado CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO E
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33880265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO E	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

35-Tela	36-Código do Procedimento	37-Descrição	38-Dente/Região	39-Fase	40-Qnt	41-Quantidade US	42-Valor	43-Franquia/Co-participação R\$	44-Aut	45-Data de Realização	46-Motivo da Glosa	47-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	7300	000	000	S	24/09/20			X S. J. L.
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	7300	000	000	S	06/08/20			X S. J. L.
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	7300	000	000	S	06/08/20			X S. J. L.
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

48-Data Cessão de Uso do Tratamento 06/08/20	49-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	50-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	51-Tota Quantidade US 21900	52-Valor Total R\$ 0000	53-Tota 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(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.

54-Observação Rx 28/38	55-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 06/08/20 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira CRO 91223-SP	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/20 K. J. L.	57-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 06/08/20 K. J. L.
---------------------------	--	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



349189

INTERCÂMBIO

1-Código ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 31/10/2012	3-Data de Autorização 14/10/2012	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Financeira 7751798	6-Data de Validade da Guia 29/11/2012
------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

7-Número da Carteira 000202510550600866901	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data de Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome ANTONIA DE MELO DA SILVA		13-Data de Nascimento 06/06/1966		14-Telefone () -
15-Nome de Referência ANTONIA DE MELO DA SILVA				

Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação a R/R N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número do CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO 3	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 65190200 (2) 65190218
21-Código da Operação / CIP / CPT 3380265801	22-Nome do Contratado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número do CRO 91223	24-UF SP	25-Código CBO 5	
26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		27-Número do CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Série/Replô	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Oclusão	42-Assinatura
10085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	8800	000	S		14/09/2012		Amélia
10085100198		RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6100	000	S		14/09/2012		Amélia
10085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	13	MVP	1	12200	000	S		14/09/2012		Amélia
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 14/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Toda 2-Parcial	46-Tela Quantidade US 27100	47-Valor Total R\$ 000	48-Tela 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(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.

99-Observação

Imagens analisadas ☒

50-Signatura e Assinatura do Contratado 14/09/2012 Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial CRO: 91223-SP	51-Signatura e Assinatura do Profissional Solicitante 14/09/2012 Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial CRO: 91223-SP	52-Signatura e Assinatura do Profissional Executante 14/09/2012 Amélia CRO: 91223-SP	53-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa 14/09/2012 Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial CRO: 91223-SP
---	---	---	--

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



375380

INTERCÁMBIO

1-Registro ANEP 406414	3-Dados de Validade da Guia 1 5 / 1 0 / 9 / 1 2 / 0	4-Dados de Autorização 1 6 / 1 0 / 9 / 1 2 / 0	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Médica 7871202	7-Dados de Emissão do Serviço 1 4 / 1 1 / 2 / 1 2 / 0
8-Dados de Beneficiário 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 8 8 6 9 0 1		9-Paciente PÓS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Dados de Validade da Guia / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIA DE MELO DA SILVA		14-Data de Nascimento 06/06/1966	15-Telefone () / / / - / / / /	16-Endereço do Paciente ANTONIA DE MELO DA SILVA	
17-Dados da Comissão Reguladora dos Profissionais					
18-Identificação do N N	19-Nome do Profissional Responsável CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		20-Número do CRG 91223	21-UF SP	22-Código CBO E
23-Código de Operações (CBO) / CBO 3 3 8 8 0 2 6 5 8 0 1 / / /		24-Nome do Consultório Especialista CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		25-Número do CRG 91223	26-UF SP
27-Endereço do Profissional Responsável CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		28-Número do CRG 91223		29-UF SP	30-Código CBO E

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

31-Fluxo	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Serviço/Região	35-Faixa	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Ant	41-Data de Realização	42-Matéria no Oito 12 Assinatura
1	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	44	MOD	1	1 2 2 1 0 0	0 0 0 0		S	16/09/2020	Amélia
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Dados de Emissão do Tratamento 16/09/2020	44-Tipo de Atendimento ☐ Tratamento Odontológico ☐ Serviço Radiológico ☐ Consultório ☐ Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento ☐ Total ☐ Parcelado	46-Taxa Quantitativa US 1 2 2 1 0 0	47-Taxa Total R\$ 0 0 0 0	48-Taxa Percentual Co-participação R\$ () () () ()
---	---	---	--	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, termos, custos e alternativas de tratamento, concordo e autorizo a realização do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e a pagar, em caso de não atendimento em contrato, dentro do prazo estabelecido, as despesas realizadas, bem como as demais despesas, incluindo honorários, com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que emitir este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a assinar com os dados conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: *Amélia*

Assinatura do Profissional Responsável: *Camilla Jusevicius Arouche Alves Ferreira*

Assinatura do Responsável Técnico: *Camilla Jusevicius Arouche Alves Ferreira*

Assinatura do Responsável Técnico: *Camilla Jusevicius Arouche Alves Ferreira*



362441

INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	2-Código Entidade de Origem 2430820	3-Data de Autorização 01/09/2009	4-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Primária 7813942	7-Data Validade da Série 22/11/2010
------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--

8-Endereço do Beneficiário 00202530728800000301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CTL COMERCIAL TORRADO COM	11-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

12-Nome JOABER JOSE DA SILVA	14-Data de Nascimento 13/05/1994	15-Telefone () - / -	16-Nome do titular do plano JOABER JOSE DA SILVA
---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	---

Dados do Consultado Responsável pelo Tratamento

18-Aliamento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	19-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO 2
21-Código na Operadora - CDP / CDF 33880265801	22-Nome do Consultado Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO 3

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

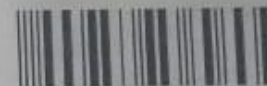
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S		01/09/2009	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S		01/09/2009	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S		01/09/2009	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S		01/09/2009	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HWE		1	36,00	0,00		S		01/09/2009	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Encerramento do Tratamento 01/09/2009	44-Tipo de Aliamento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Intergênia	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Consultado Responsável 01/09/2009 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgiã Bucal Maxilo-Facial C.R.O. 91223 SP	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/2009	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/09/2009
--	---	--



363280

INTERCAMBIO

1-Registro-Mat 406414	2-Data de Emissão da Guia 2/5/10/8/12/0	3-Data de Autorização 0/1/0/9/12/0	4-Serão AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7818105	6-Data de Vencimento da Guia 2/3/11/1/12/0
7-Data de Benefício		8-Plano POS REDE PRESTADORA		9-Empresa BL SERVICE ADMINISTRADORA DE	10-Data de Vencimento da Contabilidade 1/1/1/1/1/1
11-Número do Cartão 0/0/2/0/2/5/2/9/7/1/8/9/0/0/0/0/1/6/0/1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome THATIANE CRISTINA LEMES DUARTE	
14-Data de Nascimento 09/06/1984		15-Telefone (11) 1111-1111		16-Nome do titular da obra THATIANE CRISTINA LEMES DUARTE	
17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Identificação e RUI N	19-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		20-Número no CRO 91223	21-UF SP	22-Código CBO 5
23-Código de Operações / CMI / CFI 3/3/8/8/0/2/8/5/8/0/1		24-Nome do Contratado Exequente CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		25-Número no CRO 91223	26-UF SP
27-Nome do Profissional Exequente CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		28-Número no CRO 91223		29-UF SP	30-Código CBO 5
31-Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200186-41 (I) 81000421-RUI					

Sistema de Tratamento / Procedimentos Sistêmicos												
32-Tabula	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Data de Registro	36-Faixa	37-Qtde	38-Quantidade US	39-Valor	40-Preço unitário / Condição de Pagamento R\$	41-Ant	42-Data de Realização	43-Medida de Saúde	44-Signatura
1	0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODONTICO	41	1	1	2 5 8 0 0	0 0 0	0 0 0	S	02/09/2010	Thaiane	
2	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RUI	1	1	1 4 0 0	0 0 0	0 0 0	S	02/09/2010	Thaiane	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

45-Data de Emissão da Guia 02/09/20	46-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência	47-Tipo de Tratamento 1- Tipo 2- Parcial	48-Tipo de Tratamento US 2/7/2/0/0	49-Valor Total R\$ 0/0/0	50-Tipo de Tratamento / Condição de Pagamento R\$
--	--	---	---------------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ler e compreender o conteúdo sobre os procedimentos, 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 os procedimentos(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Observações
Favor anexar RX Inicial e Final para produção
RX OK 02/09/20

52-Data, Nome e Assinatura do Cirurgião Dentista 02/09/20 Dra. Camilla Jusevicius Arouche Alves Ferreira Cirurgiã CRO 91223 SP	53-Data, Nome e Assinatura do Cirurgião Dentista 02/09/20 Dra. Camilla Jusevicius Arouche Alves Ferreira Cirurgiã CRO 91223 SP	54-Data, Nome e Assinatura do Profissional Responsável 02/09/20 Thaiane	55-Data, Nome e Assinatura do Profissional Responsável 02/09/20 Thaiane
--	--	---	---



372314

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Carteira de Emenda da Guia 0 9 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 1 0 / 0 9 / 2 0	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7856998	7-Data Nacional da Série 0 8 / 1 2 / 2 0
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número do Cartão 0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 8 0 0 0 4 6 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data de emissão do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABRICIA GUERREIRA DE SOUZA	14-Endereço 11/07/1993 () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABRICIA GUERREIRA DE SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Apresentação a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número do CRD 91223	19-UF SP	20-Código CRO S
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 3 3 8 8 0 2 6 5 8 0 1	22-Nome do Contratado Excludente CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número do CRD 91223	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excludente CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	27-Número do CRD 91223	28-UF SP	29-Código CRO S	

Enviar - RX
(1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Ragão	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Previsão/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Atividade
1	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	7 3 0 0	0 0 0		S	10/09/20		K Lúcia
2	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 0 0	0 0 0		S	10/09/20		K Lúcia
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Final da Terceira Avaliação 10/09/20	44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiográfico 3 Consulta 4 Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcela	46-Valor Total US 8 7 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Valor Final da Participação RS
---	---	---	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora RX emissor 13/09	
----------------------------------	--

50-Data e Assinatura do Contratado Responsável 10/09/20	51-Data e Assinatura do Contratado Responsável 10/09/20	52-Data e Assinatura do Contratado Responsável 10/09/20	53-Data e Assinatura do Contratado Responsável 10/09/20
--	--	--	--

Dra. Camilla Jusevicius A. A. Pereira
CRO 91223 SP

Dra. Camilla Jusevicius A. A. Pereira
CRO 91223 SP

10/09/20 + Lúcia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



363280

INTERCAMBIC

THATIANE CRISTINA LEMES DUARTE

09/06/1984

[illegible]

THATIANE CRISTINA LEMES DUARTE

Faturar Empresa

Enviar - RX

HF 85200165-43

01A1000421-RU

Dr. Camilla Jusevicius A. Ferreira

Camilla Isenhardt A. A. F. G. 1991

13-19-20 Chicago Blvd. Max

03

Chungia Boco, Mexico, 1954
12 SP

23 09 20 Kottai

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



376758

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



380137

INTERCALIFIC

23/09/2020	Dra. Camilla Jusevicius A. Perrini Cirurgiã do Maxilo Facial CRQ. 91223 SP	23/09/2020	Dra. Camilla Jusevicius A. Perrini Cirurgiã do Maxilo Facial CRQ. 91223 SP	23/09/2020	xtração	23/09/2020
------------	--	------------	--	------------	---------	------------

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



377131

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 17/09/2020	3-Data de Autorização 21/09/2020	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia 7879427	6-Data validade da Série 16/12/2020
7-Dados do Beneficiário 8-Registro do Consultado 00202529718900001602		9-CPF POS REDE PRESTADORA	10-Endereço BL SERVICE ADMINISTRADORA DE	11-Data validade do Cartão 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAIS CRISTINA DUARTE FERREIRA		14-Data de Nascimento 25/09/2002	15-Telefone (11) 11111111	16-Nome do titular do plano THATIANE CRISTINA LEMES DUARTE	
17-Atividade do Consultado N			18-Nome do Profissional CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	19-UF SP	20-Código CBO 91223
21-Código de Atividade - CBO 33880265801			22-Nome do Consultado CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número do CBO 91223	24-UF SP
25-Nome do Profissional CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA			26-Número do CBO 91223	27-UF SP	28-Código CBO 91223
29-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 65160215 (2) 65160200 (3) 65160216					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Regime	34-Faixa	35-Cor	36-Quantidade US	37-Valor	38-Preço unitário	39-Valor total	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Autorização
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODV	1	12200	0,00	0,00	0,00	23/09/2020	Intenção	
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8800	0,00	0,00	0,00	23/09/2020	Intenção	
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODV	1	12200	0,00	0,00	0,00	23/09/2020	Intenção	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0,00	0,00	0,00	21/09/2020	Intenção	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0,00	0,00	0,00	21/09/2020	Intenção	
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	0,00	0,00	0,00	21/09/2020	Intenção	
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0,00	0,00	0,00	21/09/2020	Intenção	
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												

43-Data de Realização 23/09/20	44-Tipo de Atendimento 1 - Atendimento Especializado - 2 - Exame Radiológico - 3 - Consulta - 4 - Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1 - 1ª Parcela - 2 - Parcela	46-Tipo de Pagamento US 47,00	47-Valor Total US 0,00	48-Valor Total R\$ 0,00	49-Valor Total em Letra 0,00
-----------------------------------	--	--	----------------------------------	---------------------------	----------------------------	---------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente informado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, responsabilizando-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar com a minha assinatura em cartório. Declaro, ainda, que os procedimentos descritos acima, e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome a por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores relativos ao tratamento realizado, compreendendo-se a soma com os custos contábeis produzidos em cartório.

Assinatura do paciente:

Assinatura do profissional:

Assinatura da Operadora:

Assinatura do paciente: 23/09/20 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira
Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial
CRO. 91223 SP

Assinatura do profissional: 23/09/20 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira
Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial
CRO. 91223 SP

Assinatura da Operadora: 23/09/20 Intenção

Assinatura do paciente: 23/09/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



360103

INT 537-2316

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



379440

INTERCAIMOS

1. Registro AIO 405414	2. Data de Emissão da Guia (2/1/2019/20)	3. Data de Vencimento (2/1/2019/20)	4. Status AUTORIZADO	5. Número da Guia Previa 7887296	6. Data de Emissão da Guia (2/0/1/2/20)
---------------------------	---	--	-------------------------	-------------------------------------	--

7. Dados do Beneficiário (0/0/2/0/2/5/1/0/5/0/6/0/1/1/4/5/9/0/3)	8. Nome POS REDE PRESTADORA	9. Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10. Data de Validade da Guia (/ /)	11. Número da Guia Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	--------------------------------------

12. Nome ANSELMO SEBASTIAO DE SOUSA	13. Data de Nascimento 12/11/1972	14. Nome da Mãe (1/1/) (2/4/3/6/1/7/5/2/7)	15. Nome da Mãe ANDREA MARCAL NÓGUEIRA
--	--------------------------------------	--	---

Dados do Complexo Responsável pelo Tratamento

16. Identificação do RPS N	17. Nome do Prestador Responsável CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18. Número do CRD 91223	19. UF SP	20. Cargo do RPS
-------------------------------	---	----------------------------	--------------	------------------

Faturar Empresa

21. Código de Operadora (CNPJ) / CFP (3/3/8/8/0/2/6/5/8/0/1/)	22. Nome da Operadora Externa CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23. Número do CRD 91223	24. UF SP	25. Código CNES
---	---	----------------------------	--------------	-----------------

Enviar - RX
(1) 85100200

26. Nome do Profissional Responsável CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	27. Número do CRD 91223	28. UF SP	29. Código CNES	30. Código CNES
--	----------------------------	--------------	-----------------	-----------------

(1) 85100200

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

36. Tab. 1	37. Código do Procedimento	38. Descrição	39. Dente Regido	40. Fluxo	41. Qto.	42. Quantidade US	43. Status	44. Transmissão da Guia em R\$	45. Rps	46. Data de Realização	47. Motivo da Guia	48. Assinatura
1	0/0/8/5/1/0/0/2/0/0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	8/8/0/0	0/0/0	S	21/09/20			
2	0/0/8/5/1/0/0/2/0/0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	8/8/0/0	0/0/0	S	21/09/20			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

49. Data de Emissão da Guia 21/09/20	50. Tipo de Atendimento 1 - Consultas; 2 - Exame Radiológico; 3 - Exame Radiológico; 4 - Emergência	51. Tipo de Atendimento 1 - Total; 2 - Parcial	52. Total Quilômetros 1/7/6/0/0	53. Total R\$ (0/0/0/0)	54. Total Parcelas - Comprometimento R\$
---	--	---	------------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente informado de todos os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, concordo com a apresentação, aceite e assinatura e execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

55. Observações Imagens radiológicas	56. Assinatura do Profissional Responsável Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira	57. Assinatura do Profissional Responsável Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira	58. Assinatura do Profissional Responsável Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira	59. Assinatura do Profissional Responsável Dra. Camilla Jusevicius A. A. Ferreira
---	--	--	--	--

60. Data de Emissão da Guia 21/09/20	61. Data de Emissão da Guia 21/09/20	62. Data de Emissão da Guia 21/09/20	63. Data de Emissão da Guia 21/09/20
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



377165

377105
WATERCAMER

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.00



377173

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 17/09/20	3-Data de Apresentação 22/09/20	4-Serviço AUTORIZADO	5-Documento Guia Privada 7879615	6-Data de Validade da Guia 16/12/20
7-Identificação do Paciente 0002025301920000000103		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome GUSTAVO FERNANDO DA SILVA CARMO FILHO		13-Data de Nascimento 10/09/2005	14-Telefone (11) - - - - -	15-Nome do Sólido (se não) ADRIANA DOMICIANO DA SILVA	
16-Identificação do Responsável pelo Tratamento					
17-Identificação do Paciente N	18-Nome do Profissional Responsável CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	19-Número do CRO 91223	20-UF SP	21-Código CRO 1	Faturar Empresa
22-Código de Operador (CRO) - CRO 33680265801	23-Nome do Profissional Responsável CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	24-Número do CRO 91223	25-UF SP	26-Código CRO 2	
27-Nome do Profissional Responsável CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	28-Número do CRO 91223	29-UF SP	30-Código CRO 3		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Código Regido	35-Tipo	36-Unid	37-Quantidade US	38-Valor	39-Fluxo de Caixa (se não)	40-Data de Realização	41-Atividade (se não)
1	000610000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,400	0,00		22/09/20	
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

42-Data Prevista Faturar (se não)	43-Tipo de Atendimento 1-Telemarketing 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Exames Emergenciais	44-Tipo de Faturamento 1-Único 2-Parcelado	45-Valor Descontado US 3,400	46-Valor Total R\$ 0,00	47-Valor Parcela 1 Descontado R\$
-----------------------------------	---	---	---------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente informado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do plano odontológico assinado e aceitar as condições previstas em contrato. Declaro, ainda, que os procedimentos odontológicos acima, e por mim autorizados, 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 este documento, os valores referentes ao pagamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observações

49-Data, Hora e Assinatura do Responsável pelo Tratamento 22/09/20	50-Data, Hora e Assinatura do Responsável pela Guia 22/09/20	51-Data, Hora e Assinatura da Empresa 22/09/20
---	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

347



366649

INTERCÂMBIO

1-Região CAD 406414	3-Data de Emissão do Guia (3/1/08)/(2/0)	4-Data de Autorização (0/1/09)/(2/0)	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Financeira 7833728	7-Data Validação da Serão (2/9/11)/(2/0)
8-Dados do Beneficiário					
9-Número do Cartão 00202510635200006902			10-Fone POS REDE PRESTADORA	11-Empresa GRECA TRANSPORTES DE CARGAS	12-Data validade da Carteira / /
13-Nome IZABEL GRAZIELLE FELIX DOS SANTOS			14-Telefone () - - - - -	15-Etapa da Odontologia JOAO JOSE DOS SANTOS JUNIOR	
16-Data de Nascimento 18/01/1987					

Dados do Consultor Responsável pelo Tratamento

15-Matricula e SR N	17-Nome do Profissional Responsável CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO E	Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 66200140-15 (I) 61000421-
21-Código da Operadora / CNPJ / CEP 33880265801	22-Nome da Consultoria Existente CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Consultor CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA		27-Número no CRO 91223	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densidade	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1	0085200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	15		1	33300	000		S	09/09/20	
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	1400	000		S	09/09/20	
3	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	000		S	09/09/20	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 09/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Taxa Quantitativa US 38100	47-Valor Total R\$ 000	48-Taxa Franquia / Co-participação R\$ 000
--	---	---	----------------------------------	---------------------------	---

Declaro: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação RX SK	50-Data, Assinatura e Rubrica do Profissional Responsável 09/09/20 Camilla Jusevicius A. Ferreira CRO 91223 SP	51-Data, Assinatura e Rubrica do Consultor Existente 09/09/20 Camilla Jusevicius A. Ferreira CRO 91223 SP	52-Data, Assinatura e Rubrica do Beneficiário / Responsável 09/09/20 João José dos Santos Junior	53-Data, Início e Término da Empresa 09/09/20
------------------------	---	--	--	--



359944

INTERCAMBIO

1-Registro AOS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/2010	4-Data de Autorização 20/03/2010	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Previsão 7801237	7-Data Validade da Guia 17/11/2010
8-Número do Contrato 0020202510550600892301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLEIDE ARRIEL DE QUEIROZ COVRE		14-Telefone 20/03/1972	15-Nome do titular do plano CLEIDE ARRIEL DE QUEIROZ COVRE		
16-Atendimento a PMS N					
17-Nome do Profissional Responsável CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA			18-Número no CRO 91223	19-UF SP	20-Código CBO E
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 33880265801			22-Nome do Contratante Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA	23-Número no CRO 91223	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante CAMILA JUSEVICIUS AROUCHE ALVES FERREIRA			26-Número no CRO 91223	27-UF SP	28-Código CBO E
29-Faturar Empresa Enviar - RX (R) 85200140-25 (I) 81000421-RPSE					

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

29-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Plano/Co-participação R\$	39-At	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	33300	0,00		S			
2	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00		S			
3	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1400	0,00		S			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0,00		S	02/09/2010		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0,00		S	02/09/2010		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0,00		S	02/09/2010		
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	0,00		S	02/09/2010		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/09/2010	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Clinodora 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 525,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Plano/Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Descrição	50-Data, local e Assinatura do Contratante/Responsável 02/09/2010 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgia Buco-Maxilo-Facial CRO. 91223 SP	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 02/09/2010 Dra. Camilla Jusevicius A. Ferreira Cirurgia Buco-Maxilo-Facial CRO. 91223 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/09/2010 Cleide Arriel de Queiroz Covre	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/09/2010
--------------	---	--	---	--