



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/8/10 7/12/01 4-Data de Autorização 12/8/10 7/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7742191 7-Data Validade da Senha 12/6/11 10/12/10

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/0/8/6/5/1/0/0/0/0/1/0/2/ 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SOLANGE ARAUJO DE SOUZA FERRAZ 23/03/1959 14-Telefone () 9 1 0 6 1 8 1 7 0 15-Nome do titular do plano DAVI DOS REIS FERRAZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12/5/8/7/4/6/3/4/8/3/5/ 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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 3 0 0 0 4 7										
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/10/12 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 1 4 4 0 0 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 29/10/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa Ota. Odontolife 29/10/12

Carimbo e Assinatura do Profissional Assistente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



344892
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 17/12/10	4-Data de Autorização 12/8/10 17/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7732121	7-Data Validade de Sema 12/1/10 1/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 1 2 5 3 0 7 6 3 2 0 0 0 0 1 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome DAIANE DA SILVA DE TOLEDO	13/01/1991	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DAIANE DA SILVA DE TOLEDO
--------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPU / CPF 125874634835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER	27-Número no CRO 76040	28-UF SP	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	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	1	73,00	0,00	51,29	10/07/20	12/07/20		Adriana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 29/10/20	44-1-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-2-Exame Radiológico	46-3-Ortodontia	47-4-Urgência/Emergência	48-5-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcel	49-6-Total Quantidade US 73,00	50-7-Valor Total R\$ 0,00	51-8-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 no 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 29/10/20 (Assinatura)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20 (Assinatura)	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20 (Assinatura)	53-Data, local e Cartão da Empresa 29/10/20 (Assinatura)
--	--	--	---

Ora, Denise Rangel do Amaral
Cirurgiã - Dentista
CPF nº 76.047



Dados do Beneficiário

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Naturar Empresa

23-00000 CINES28-00000-67Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados40-Data de Realização

6	人	5	0	1	0
---	---	---	---	---	---

[illegible]

—

—

2022/11/10

				/		/				
--	--	--	--	---	--	---	--	--	--	--

三三三三三

[illegible]

—

2022/11/10

III000000

0	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

二二三

— — — — —

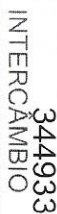
D. J. Nisbet

○
○
○

[illegible]20 profesional contratado

de Coura

四

344933
INTERCÂMBIO

QUESTIONS

9-Plano
POS

7266

SER

Executant
GEL DO

© 2000 Blackwell Science Ltd

S DE

Assinatura
6171/



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 12/01	4-Data de Autorização 12/11/07 12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7719311	7-Data Validade da Senha 11/8/10 12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

342391
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00020253103760000101011		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 LAIS SILVA GOES		01/03/1999		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LAIS SILVA GOES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		18-Número no CRO 76040	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1258746134835	22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER		23-Número no CRO 76040	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER			27-Número no CRO 76040	28-UF SP	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-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00		1	22/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00		1	22/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00		1	22/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00		1	22/07/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/10/20	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 144,00	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 no 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 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 22/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/20
---	---	---	---

Dra. Denise Rangel do Amaral
Cirurgiã - Dentista
CROSP 76.040



334230
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 4-Data de Autorização 10/07/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7682788 7-Data Validade da Semá 10/12/11 8-Data Validade da Semá 10/12/11

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 002020252848500000000001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 10/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PALOMA APARECIDA DA SILVA SOARES 14-Teléfono 18/05/1993 15-Nome do titular do plano PALOMA APARECIDA DA SILVA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125874634835 22-Nome do Contratado, Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 28-UF SP 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 Glor	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 10 0	0 0 0 0			22/07/20		Paloma
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 10 0	0 0 0 0			22/07/20		Paloma
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 10 0	0 0 0 0			22/07/20		Paloma
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 10 0	0 0 0 0			22/07/20		Paloma
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/20 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 1 4 4 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/07/20 OPP 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/07/20 OPP 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/20 Paloma Souza 53-Data, local e Cartão da Empresa 22/07/20 Dra. Denise Rangel do Amaral David Nassar



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 7/12/10 4-Data de Autorização 10/07/10 7/12/10 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7682783 7-Data Validade da Seria 10/02/11 10/12/10

334228
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 12/05/28 4/8/5 0/0/0 0/0/0 1/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PALOMA APARECIDA DA SILVA SOARES 18/05/1993 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano PALOMA APARECIDA DA SILVA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

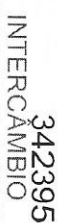
30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	18 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	1	6 1	10 0	10 0	10 0	10 0
2-0	0	18 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	1	6 1	10 0	10 0	10 0	10 0
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/10 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 1 1 2 2 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 10 0 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 no 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 10/11/10 11/12/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 11/12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 11/12/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa Dra. Denise Rangel do Amaral 10/11/10 11/12/10

342395
INTERCÂMBIO

8-Número da Cadeira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
DAIANE DA SILVA DE TOLEDO

Faturar Empresa

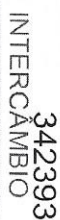
	25-Código CNES
--	----------------

29-Código CBO S

39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
S	22/07/20		

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Dra Denise Engel do Amaral
David Nasser

342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO342393
INTERCÂMBIO



335346
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 4-Data de Autorização 12/1/10 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7687514 7-Data Validação da Guia 10/5/11 8-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/0/7/6/3/2/0/0/0/0/1/0/3 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JESSE DE TOLEDO 08/07/1984 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano DAIANE DA SILVA DE TOLEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 18-Número no CRO 76040 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12/5/8/7/4/6/3/4/8/3/5 22-Nome do Contratado Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 23-Número no CRO 76040 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DENISE RANGEL DO AMARAL DAVID NASSER 27-Número no CRO 76040 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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-Mofo da Grosse	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
15-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										

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 1 4 4 0 0 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

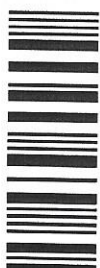
Declaração, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 12/10/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/10

Dra. Denise Rangel do Amaral
Cirurgiã - Dentista
CRO SP 76.040

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



335342
INTERCÂMBIO

3

100

41 - Motivo da Glosa 42-Assinatura

01111xDe

[illegible]

0.000

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

	Total Franquia / Co-participação R\$
1997	800.000
1998	1.000.000
1999	1.200.000
2000	1.600.000
2001	1.800.000
2002	2.000.000
2003	2.200.000
2004	2.400.000
2005	2.600.000
2006	2.800.000
2007	3.000.000
2008	3.200.000
2009	3.400.000
2010	3.600.000
2011	3.800.000
2012	4.000.000
2013	4.200.000
2014	4.400.000
2015	4.600.000
2016	4.800.000
2017	5.000.000
2018	5.200.000
2019	5.400.000
2020	5.600.000
2021	5.800.000
2022	6.000.000
2023	6.200.000
2024	6.400.000
2025	6.600.000
2026	6.800.000
2027	7.000.000
2028	7.200.000
2029	7.400.000
2030	7.600.000
2031	7.800.000
2032	8.000.000
2033	8.200.000
2034	8.400.000
2035	8.600.000
2036	8.800.000
2037	9.000.000
2038	9.200.000
2039	9.400.000
2040	9.600.000
2041	9.800.000
2042	10.000.000
2043	10.200.000
2044	10.400.000
2045	10.600.000
2046	10.800.000
2047	11.000.000
2048	11.200.000
2049	11.400.000
2050	11.600.000
2051	11.800.000
2052	12.000.000
2053	12.200.000
2054	12.400.000
2055	12.600.000
2056	12.800.000
2057	13.000.000
2058	13.200.000
2059	13.400.000
2060	13.600.000
2061	13.800.000
2062	14.000.000
2063	14.200.000
2064	14.400.000
2065	14.600.000
2066	14.800.000
2067	15.000.000
2068	15.200.000
2069	15.400.000
2070	15.600.000
2071	15.800.000
2072	16.000.000
2073	16.200.000
2074	16.400.000
2075	16.600.000
2076	16.800.000
2077	17.000.000
2078	17.200.000
2079	17.400.000
2080	17.600.000
2081	17.800.000
2082	18.000.000
2083	18.200.000
2084	18.400.000
2085	18.600.000
2086	18.800.000
2087	19.000.000
2088	19.200.000
2089	19.400.000
2090	19.600.000
2091	19.800.000
2092	20.000.000
2093	20.200.000
2094	20.400.000
2095	20.600.000
2096	20.800.000
2097	21.000.000
2098	21.200.000
2099	21.400.000
2100	21.600.000
2101	21.800.000
2102	22.000.000
2103	22.200.000
2104	22.400.000
2105	22.600.000
2106	22.800.000
2107	23.000.000
2108	23.200.000
2109	23.400.000
2110	23.600.000
2111	23.800.000
2112	24.000.000
2113	24.200.000
2114	24.400.000
2115	24.600.000
2116	24.800.000
2117	25.000.000
2118	25.200.000
2119	25.400.000
2120	25.600.000
212	

[illegible]

1111

David Narvaez

Surgeon - Dentist