

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



343180
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 4-Data de Autorização 12/11/07 5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 50178093

7-Data Validade da Senha 11/9/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037000030650170

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa NILZA MIGUEL MORAES

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700408546564850

13-Nome ANDREA MIGUEL MORAES

04/09/1970

14-Telefone

15-Nome do titular do plano NILZA MIGUEL MORAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754 22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES

26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO 27412

23-Número no CRO 27412

27-Número no CRO 27412

19-UF RJ

24-UF RJ

20-Código CBO S

25-Código CNES

801 - Faturar Empresa

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-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

2-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

16

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

3-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

4-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

5-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

6-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

7-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

8-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

9-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

10-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

11-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

12-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

13-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010

14-10082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

EXODONTIA SIMPLES DE

14

1

143100

0100

S

S

1010

1010

1010

1010

1010

1010

1010



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/02/09 4-Data de Autorização 10/03/09 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50188640 7-Data Validade da Serha 10/11/12 368230 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10037000016394227 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa JAHNNY RODRIGUES F 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703005878754974

13-Nome JULIO CESAR RODRIGUES FERREIRA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JAHNNY RODRIGUES FERREIRA 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES 18-Número no CRO 27412 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754 22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES 23-Número no CRO 27412 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES 27-Número no CRO 27412 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 Glcra	42-Assinatura
1-0	0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	4	7,00	0,00	0,00	09/09/20	X		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
10/02/09	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	47,00	0,00								

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 10/09/20 Paula 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20 Paula 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20 X 53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



363941

INTERCÂMBIO

transmitida para você

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 8/12/0	4-Data de Autorização 12/5/10 8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186696	7-Data Validade da Senha 12/3/11 1/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101037000000875042	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PANAR ACCESORIOS	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000094849301
--	--------------------------------	--------------------------------	---	--

13-Nome NADIA MARIA PANAR LOIS	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano NADIA MARIA PANAR LOIS
-----------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1018381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	27-Número no CRO 27412	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
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	9,00	0,00			09/09/20		
2-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DL	1	11,30	0,00			09/09/20		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
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 203,00	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) 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A^o



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/7/08/20

4-Data de Autorização
11/7/08/20

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50184686

7-Data Validade da Senha
11/5/11/20

358564
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100370000012581731

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
APEFRIO PLPART

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704603110229821

13-Nome
SANDRA CELINO

14-Telefone
03/01/1954

15-Nome do titular do plano
SANDRA CELINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcanceamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO
27412

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08381838754

22-Nome do Contratado Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO
27412

24-UF
RJ

25-Código CNES
Enviar - RX
(1) 85100200
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO
27412

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	113,00	10,00	11	S	09/09/20		Xdf
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OP	1	113,00	10,00	11	S	09/09/20		Xdf
3-11												
4-11												
5-11												
6-11												
7-11												
8-11												
9-11												
10-11												
11-11												
12-11												
13-11												
14-11												
15-11												

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

226,00

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.

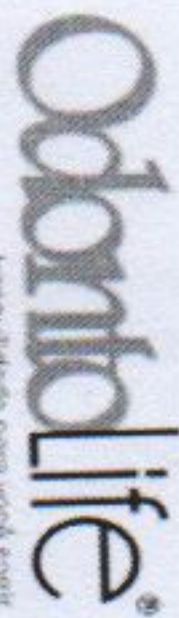
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



377020
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/06/19

4-Data de Autorização 11/07/19

5-Será Autorizado

6-Número da Guia Principal 50192054

7-Data Validade da Senha 11/05/11

8-Número do Cartão Nacional de Saúde 700006610295209

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1003754000073319002

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Nome do titular do plano GILBERTO DA SILVA

13-Nome GILBERTO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO 27412

19-UF RJ

20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754

22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO 27412

24-UF RJ

25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754

26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO 27412

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	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,10	0,00			10/09/20		
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,10	0,00			10/09/20		
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,10	0,00			10/09/20		
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,10	0,00			10/09/20		
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,10	0,00			10/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Tipo de Faturamento												
47-Valor Total R\$												
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 e 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.

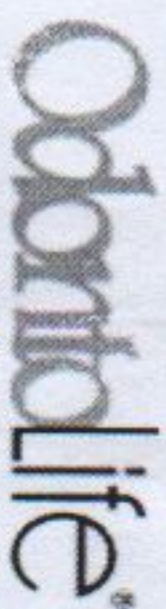
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

140413022 1383 V004 30878

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10 1 1 0 9 1 2 0	4-Data de Autorização 10 1 1 0 9 1 2 0	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188327	7-Data Validade da Seria 13 0 1 1 1 1 2 0
--------------------------	---	---	----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 3 7 0 0 0 0 0 1 4 2 2 3 3 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNNI CLUBE DE	11-Data Validade da Carteira 	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704005316043860
--	--------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--

13-Nome JOAO LUIZ GRACELI	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano JOAO LUIZ GRACELI
------------------------------	------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 8 3 8 1 8 3 8 7 5 4	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	27-Número no CRO 27412	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
1-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,10 0	0,00 0		S	08/05/20		
2-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,10 0	0,00 0		S	08/05/20		
3-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,10 0	0,00 0		S	08/05/20		
4-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,10 0	0,00 0		S	08/05/20		
5-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,10 0	0,00 0		S	08/05/20		
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 119,90 0	47-Valor Total R\$ 	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 	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/05/20, Paula A.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/05/20, João Luiz Graceli	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 09/12/10	4-Data de Autorização 10/04/10 09/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189308	7-Data Validade da Senha 10/12/11 12/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 100370000022266880	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704501393925610
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome NILSON SOUZA ZANCONATO	01/09/1959	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano NILSON SOUZA ZANCONATO
-----------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	27-Número no CRO 27412	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-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	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,10	0,00			08/11/20		X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/20		X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/20		X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/20		X
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/20		X
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Provisão Término do Tratamento 11/11/11	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 199,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

369970
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 10/03/2019

4-Data de Autorização
 10/04/2019

5-Senha
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 50189309

7-Data Validade da Senha
 10/12/2020

369973
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 100370000023009090

9-Plano
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Carteira
 // //

12-Número do Cartão Nacional da Saúde
 709607674745476

13-Nome
 MARIA RODRIGUES DA SILVA

20/02/1954

14-Telefone
 () -

15-Nome do titular do plano
 MARIA RODRIGUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
 N

17-Nome do Profissional Solicitante
 PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO
 27412

19-UF
 RJ

20-Código CBO S
 801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 08381838754

22-Nome do Contratado Executante
 PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO
 27412

24-UF
 RJ

25-Nome do Profissional Executante
 PAULA RIBEIRO GOMES

26-UF
 RJ

27-Número no CRO
 27412

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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00				08/09/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	38,00				08/09/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	38,00				08/09/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	38,00				08/09/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	38,00				08/09/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
10/03/2019	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	199,00	10,00								

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2017 4-Data de Autorização 15/10/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50176544 7-Data Validade da Senha 13/11/2017

8-Número da Carteira

00379994058396672

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

PARTNER S COMERCIO REPRES

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

898004084048021

339363
INTERCÂMBIO

13-Nome FABIO RICARDO DA CUNHA LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

25/11/1988

14-Telefone

() -

15-Nome do titular do plano

FABIO RICARDO DA CUNHA LOPES

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

08381838754

22-Nome do Contratado Executante

PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO

27412

19-UF

RJ

20-Código CBO S

801 -

24-UF

RJ

25-Código CNES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO

27412

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
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,10	0,00			08/11/2017		X AN
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
6-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
7-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
8-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
9-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
10-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
11-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
12-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
13-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
14-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN
15-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			08/11/2017		X AN

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

199,00

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

11/11/17

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

08/11/2017

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

08/11/2017

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	4-Data de Autorização 11/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183264	7-Data Validade da Senha 10/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

355212
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00372732000113006		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FEDERACAO RJ	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704001375379965
13-Nome ANTONIO PAULO MOREIRA ROCHA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANTONIO PAULO MOREIRA ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412	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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	90,00	0,00		S	08/09/2018		X
2-												
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 90,00	47-Valor Total R\$	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 11/11/18	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

2-N₂

355208
INTERCÀMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704001375379965

801 - Faturar Empresa

AA-M-HHS-09-CI-000 An American

39-Ano _____ 40-Data de Realização _____ 41- Motivo da Glosa _____ 42-Assinatura _____

ente e arcar com os custos previstos em que assina esse documento, os valore

1111

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
02/10/191210

4-Data de Autorização
03/10/191210

5-Serinha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50188958

7-Data Validade da Serinha
01/11/21210

369079
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0037000032763428

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708700122071194

13-Nome
GERALDO MANOEL DE TOLEDO FILHO

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
GERALDO MANOEL DE TOLEDO FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO
27412

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08381838754

22-Nome do Contratado Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO
27412

24-UF
RJ

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO
27412

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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00		S	08/09/20		X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		38,00	0,00		S	08/09/20		X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		38,00	0,00		S	08/09/20		X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		38,00	0,00		S	08/09/20		X
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		38,00	0,00		S	08/09/20		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
1199,00

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



369968
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/09/20	4-Data de Autorização 10/04/09/20	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189307	7-Data Validade da Sentia 10/12/12/20
--------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	--	--

8-Número da Carteira 10037000005925684	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNNI CLUBE DE	11-Data Validade da Carteira 10/12/12/20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706201048753168
---	--------------------------------	-----------------------------	---	--

13-Nome TANIA CRISTINA CONDE RIBEIRO	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano STEFANO LOPES DA SILVA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	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	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00			08/09/20		X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	38,00	0,00			08/09/20		X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	38,00	0,00			08/09/20		X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	38,00	0,00			08/09/20		X
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	38,00	0,00			08/09/20		X
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/11	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 199,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 10/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/11
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/19120	4-Data de Autorização 03/10/19120	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188957	7-Data Validade da Senha 01/11/2012
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0037000023010978	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708303794333060
--	--------------------------------	---	------------------------------------	--

13-Nome MARCIA RODRIGUES DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA RODRIGUES DA SILVA
--------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	27-Número no CRO 27412	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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00		S	08/05/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	38,00	0,00		S	08/05/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	38,00	0,00		S	08/05/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	38,00	0,00		S	08/05/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	38,00	0,00		S	08/05/20		
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 199,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---------------------	--------------	-----------------------	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 //	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa //
---	---	---	---