



350950
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7759924	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202518650400007101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANA CAROLINE LEITE	14-Telefone () - - - - -	15-Data de validade do plano 08/03/1996	16-Data de validade do plano ANA CAROLINE LEITE
-------------------------------	------------------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR	18-Número no CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889	22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	23-Número no CRO 86205	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	27-Número no CRO 86205	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 81000421-	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tablão	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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/08/20		Ana L.
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	24/08/20		Ana L.
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	24/08/20		Ana L.
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/08/20		Ana L.
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/08/20		Ana L.
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/08/20		Ana L.
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/08/20		Ana L.
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 276,00	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 11/08/20 Ethel C. Sfeir	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20 Ana L. Leite	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--



363587
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7819603	7-Data Validade da Senha 23/11/20
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065700531402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDETE DIONILIA DA SILVA PARIZOTO	14-Telefone () 3324-6309	15-Nome do titular do plano AMAURI PARIZOTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR	18-Número no CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889	22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	23-Número no CRO 86205	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	27-Número no CRO 86205	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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/09/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/09/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/09/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/09/20		
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/20		
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Centista Solicitante 01/09/20 Ethel C. Sfeir	51-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável 01/09/20	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	-------------------------------------



363618
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2002	4-Data de Autorização 01/09/2002	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7819828	7-Data Validade da Senha 23/11/2002
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065700531403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUSTAVO PARIZOTO		14-Telefone () 3324-6309	15-Nome do titular do plano AMAURI PARIZOTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR	18-Número no CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889	22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	23-Número no CRO 86205	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	27-Número no CRO 86205	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00			23/09/20		Gustavo
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00			16/09/20		Gustavo
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			11/09/20		Gustavo
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00			11/09/20		Gustavo
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00			/ /		
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00			08/09/20		Gustavo
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00			28/09/20		Gustavo
8-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00			01/09/20		Gustavo
9-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			01/09/20		Gustavo
10-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/09/20		Gustavo
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 772,00	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 01/10/2002 Ethel C. Sfeir	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2002 Gustavo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



363850
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2010	4-Data de Autorização 01/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7820889	7-Data Validade da Senha 23/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202506065700531403		13-Nome GUSTAVO PARIZOTO		14-Telefone (11) 3324-6309	15-Nome do titular do plano AMAURI PARIZOTO	
		29/12/2002				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 86205		19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE (I) 81000421- (I) 81000421-
15-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR	23-Número no CRO 86205		24-UF SP	25-Código CNES	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 22265337889		22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		
		27-Número no CRO 86205		28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabula	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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			16/09/20		gustavo
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			16/09/20		gustavo
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			16/09/20		gustavo
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00			16/09/20		gustavo
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00			16/09/20		gustavo
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			16/09/20		gustavo
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	14-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 84,00	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(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.

49-Observação			

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2010 Ethel C. Sfeir	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2010 Gustavo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2010 Gustavo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



368621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 18/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7842106	7-Data Validade da Senha 01/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 00202506065700531403	10-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUSTAVO PARIZOTO	14-Telefone 29/12/2002 (11) 3324-6309	15-Nome do titular do plano AMAURI PARIZOTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR	18-Número no CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889	22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	23-Número no CRO 86205	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	27-Número no CRO 86205	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 Ciosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/09/20		Gustavo
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/09/20		Gustavo
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/09/20		Gustavo
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/09/20		Gustavo
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 140,00	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 a autorizar 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 23/09/2020 Ethel Cristina Sfeir	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/2020 Gustavo	52-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--

CLIENTE

Gustavo Paizoto

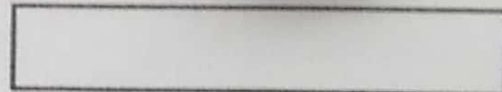
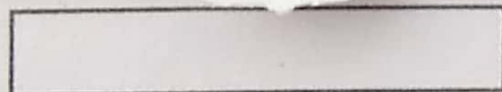
Nº

INDICAÇÃO

Rx inicial

DATA

/ /

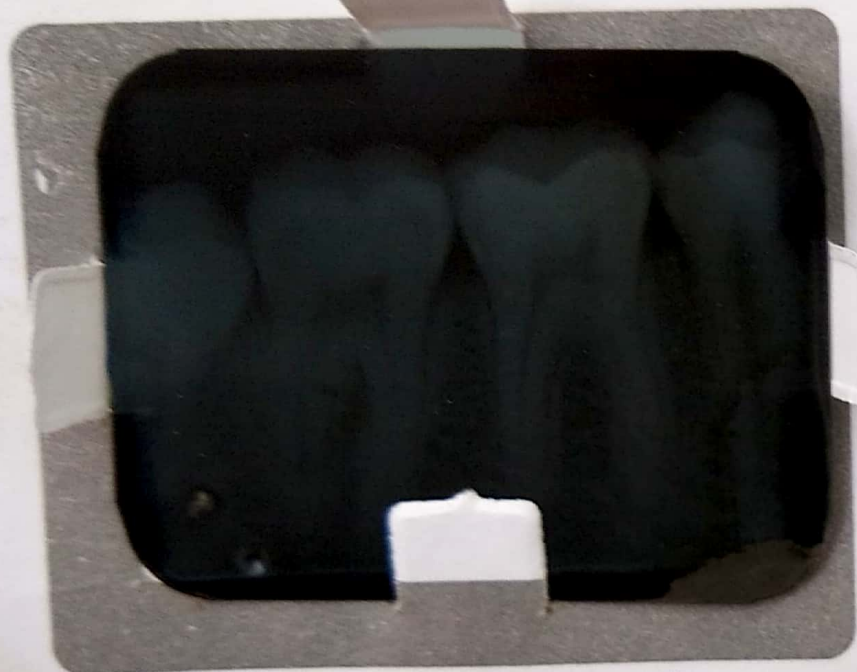


CLIENTE Gustavo Paizoto

Nº

INDICAÇÃO _____

DATA 01/05/20



36137



46147



406412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001809	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532721600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SANDRA APARECIDA DE OLIVEIRA SILVA				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SANDRA APARECIDA DE OLIVEIRA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR		18-Número no CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889		22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		23-Número no CRO 86205		24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR				27-Número no CRO 86205		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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	161,00	0,00		S	09/11/20		
2-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/11/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/11/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	16/11/20		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/11/20		
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 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/20 Ethel C. Sfeir	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20 Sandra A. Oliveira	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	-------------------------------------



416940
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8044191	7-Data Validade da Senha 09/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532721600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SANDRA APARECIDA DE OLIVEIRA SILVA		14-Telefone 04/11/1964 () -	15-Nome do titular do plano SANDRA APARECIDA DE OLIVEIRA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR	18-Número na CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889	22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	23-Número na CRO 86205	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	27-Número na CRO 86205	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 Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00		S	23/11/20		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	23/11/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	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 19/11/20 Ethel C. Sfeir	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 19/11/20 Sandra de Oliveira	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	-------------------------------------