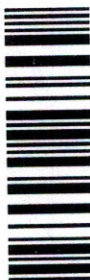
464767
INTERCÂMBIO[illegible]

2-N-



434483
INTERCÂMBIO

INTERCAMBIO

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

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

[illegible]

41-Motivo da Glosa 42-As

[illegible]

E E E

21 April[illegible]

21.11.20

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

10

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

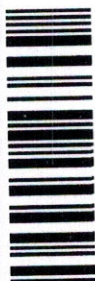
48-Total Franquia / Co-participación

Assistente e arcar com os custos

artista
5729

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



434462
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/04/11 12/12/10

4-Data de Autorização
10/08/11 12/12/10

5-Sinonímia
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8117451

7-Data Validade da Sessão
10/04/11 03/12/11

8-Número da Carteira
0102021531861310001010121

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
LINDEMBERG ANGELO DA SILVA

27/07/1979

15-Nome do titular do plano
JANE KELI COSTA ANDRADE

Devido do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
PRONTODENT

22-Nome do Contratado Executante
CLESIANE FONSECA DA SILVA

18-Número no CRO
5229

19-UF
RN

20-Código CBO S
01

025 -
Faturar Empresa

Enviar - RX
(I) 85100200
(II) 81000421-
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10711163131443

23-Número no CRO
5229

24-UF
RN

25-Código CNES

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
CLESIANE FONSECA DA SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Dente/Região 34-Face 35-Classe 36-Quantidade US 37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização

41-Medico da Clínica 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código no Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1-00	0810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	0,00					
2-00	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3,6	0,00					
3-00	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3,6	0,00					
4-00	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3,6	0,00					
5-00	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3,6	0,00					
6-00	0851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	MD	1		8,8	0,00					
7-00	0820000859	EXODONTIA DE RAIZ		1		7,3	0,00					
8-00	0820000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1		7,3	0,00					
9-00	0810000421	RX PERIAPICAL	RME	1		1,4	0,00					
10-00	0810000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1		1,4	0,00					
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

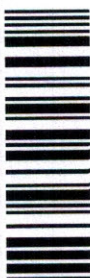
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Fornecedor 62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 63-Data, local e Assinatura da Empresa

CRO/RN 5229

CRO/RN 5229

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

482676
INTERCÂMBIO

vide

1000

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido, sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme bem de meu conhecimento, e de acordo com o que me foi explicado, compreendi e concordei com o tratamento proposto, e autorizo a realização do mesmo, bem como a utilização dos procedimentos necessários para a realização do mesmo, e 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.

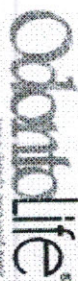
49-Observação

52-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/21 Dra. Cristiane Pinheiro da Silva Endodontista	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/21 Dra. Cristiane Pinheiro da Silva Endodontista	50-Dia, local e Assinatura do Farmacêutico - Responsável 25/10/21 Dra. Cristiane Pinheiro da Silva Endodontista	53-Dia, local e Cambio da Empresa 25/10/21 Endodontista CRO/RN-5229
--	--	--	--

ENDODONTICS
CRO/RN 5229

CRO/RN 5229

Dea Iphigeneia in Sifone



Dr. Evando Alves de Oliveira

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



460697
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 12/3/10 11/21	4-Data de Autorização 19/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8227220	7-Data Validade da Senha 12/3/10 11/21
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Dados do Paciente 00020253493440000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/3/10 11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome EVANDO ALVES DE OLIVEIRA	22-01/1963	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EVANDO ALVES DE OLIVEIRA
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN PRONTODENT	17-Nome do Profissional Solicitante CLESIANE FONSECA DA SILVA	18-Número no CRO 5229	19-UF RN	20-Código CRO S 01	25-Faturar Empresa
-----------------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07116313443	22-Nome do Contratado Exequente CLESIANE FONSECA DA SILVA	23-Número no CRO 5229	24-UF RN	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exequente CLESIANE FONSECA DA SILVA	27-Número no CRO 5229	28-UF RN	29-Código CRO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Válv	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	3 4 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	25/10/21		

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-1-ipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-1-ipo de Tratamento 1-1-Total 2-Parcial	46-1-Total Quantidade US 3 0 0 0 0 0	47-Valor Total R\$ 10,00	48-1-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.

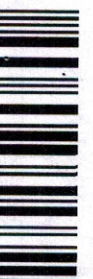
49-Observação

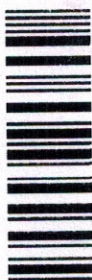
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/11/02/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Exequente 25/10/21/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/21/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/21/21
--	--	--	--

Endereço do Solicitante
CRO/RN 5229

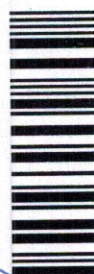
Endereço do Exequente
CRO/RN 5229

Endereço da Empresa
CRO/RN 5229

[illegible]



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/2011		4-Data de Autorização 12/09/2011		5-Sinistro AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8235642		7-Data Validade da Nota 12/06/2014																																																																																																																																																																																					
8-Número da Carteira 0002025133847110000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																							
13-Nome ALINE ROSE SILVA SANTOS		03/12/1991		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALINE ROSE SILVA SANTOS																																																																																																																																																																																									
16-Adesão ao Tratamento N		17-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT		18-Número no CRO 5229		19-UF RN		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218																																																																																																																																																																																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 077116313443		22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA		23-Número no CRO 5229		24-UF RN		25-Código CNES (1) 85100218																																																																																																																																																																																							
26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA		27-Número no CRO 5229		28-UF RN		29-Código CBO S																																																																																																																																																																																									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																															
30-Tabela 31-Código do Procedimento 0085100218		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Orçamento 45		34-Faixa ODV		35-Classe 1		36-Quantidade US 12200																																																																																																																																																																																					
37-Valor 001100211		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut S		40-Data de Realização 10/02/2011		41-Valor da Chave		42-Assinatura [Assinatura]																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>8</td><td>5</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												1	0	0	8	5	1	0	0	2	1	8		2												3												4												5												6												7												8												9												10												11												12												13												14												15											
1	0	0	8	5	1	0	0	2	1	8																																																																																																																																																																																					
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		45-Exame Radiológico		46-Exame Endodôntico		47-Exame Periapical		48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial																																																																																																																																																																																					
49-Data Previsão Término do Tratamento / /		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 10/11/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2011		53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/2011		54-Data, local e Assinatura do Contabilista 10/11/2011																																																																																																																																																																																					



472665
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/9/02 11 4-Senha 119/02 11 5-Senha AUTORIZADO 8280490 6-Número da Guia Principal 110/05 11 7-Dia Validade da Senha 110/05 11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535263400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIO JONATAH MARTINS DE OLIVEIRA 22/09/1994 14-Idade 15-Nome do titular do plano FABIO JONATAH MARTINS DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matricula do Profissional Solicitante PRONTODENT 17-Nome do Profissional Solicitante CLESIANE FONSECA DA SILVA 18-Número no CRO 5229 19-UF RN 20-Código CRO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07116313443 22-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA 23-Número no CRO 5229 24-UF RN 25-Código CNES 26-UF RN 27-Código CRO S 28-UF RN 29-Código CRO S

28-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

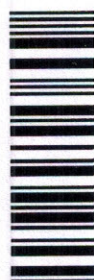
30-Tabla	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia da Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5				3 4	0 0					
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6	0 0					
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7		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

43-Dados Previstos - 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 7 8 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fulcram 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-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/21 001 Clesiane Fonseca da Silva ENDONTOLOGISTA CRO/RN 5229 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/21 011 Clesiane Fonseca da Silva ENDONTOLOGISTA CRO/RN 5229 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/21 011 Fabio Jonatah Martins de Oliveira 53-Dia, local e Carimbo da Empresa/Tit 12/10/21 011 Fabio Jonatah Martins de Oliveira ENDONTOLOGISTA CRO/RN 5229



424524
INTERCÂMBIO

1-Rosário ANS 406414		3-Dados de Emissão da Guia 12/11/11/20		4-Dados de Autorização 12/4/11/20		5-Serão AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8076979		7-Data Validade da Série 19/10/21	
8-Número da Carteira 002025326118000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/01/1992		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome LARISSA RAQUEL DA SILVA	
14-Endereço 11/01/1992		15-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT		16-Atendimento a RV		17-Nome do Profissional Solicitante PRONTODENT		18-Número no CRO 5229		19-UF RN	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07116313443		21-Nome do Contratado Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA		22-Número no CRO 5229		23-Código CNES 025 - Faturar Empresa		24-UF RN		25-Código CRO S 01	
26-Nome do Profissional Executante CLESIANE FONSECA DA SILVA		27-Número no CRO 5229		28-UF RN		29-Código CRO S (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-		30-UF RN		31-Código CRO S (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classificação	42-Assinatura
1-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	35	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	36	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	36	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	36	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	46	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	47	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	47	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	27	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	27	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	12	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	14	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	14	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	14	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	14	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	14	0	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

43-Data Prevista 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\$
	1-Tratamento Convencional 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totál 2-Parcial	5 9 5 0 0	0,00	0,00

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), fulfirmam a realização do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação