OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2021

Razão Social: CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO

CNPJ: 13687831000206 (DENTE SA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4366/BA Cirurgião Dentista: (17442) - CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
565098 - I	JOEL DOS SANTOS BORGES (00202534787500000101)		26/05/2021	925	0.5	R$ 462,50
572727 - I	LUANNA JARDIM BARBOSA DOS SANTOS (00202537480000000101)		02/06/2021	219	0.5	R$ 109,50
584352 - I	REINALDO SOUZA DA CRUZ (00202534942900000101)		15/06/2021	88	0.5	R$ 44,00
584498 - I	AMANDA GONCALVES DE ARAUJO (00202538707300000102)		15/06/2021	178	0.5	R$ 89,00
584514 - I	AMANDA GONCALVES DE ARAUJO (00202538707300000102)		15/06/2021	333	0.5	R$ 166,50
601234 - I	MAIKELE BISPO DOS SANTOS (00202539027800000101)		29/06/2021	476	0.5	R$ 238,00
608507 - I	JONH CLEITON SOARES CAVALCANTE (00202535720500000103)		05/07/2021	61	0.5	R$ 30,50
608517 - I	WALLAS CARVALHO VIEIRA (00202539579800000102)		05/07/2021	418	0.5	R$ 209,00
609439 - I	ELISANGELA DE JESUS DE CALDAS (00202539138700000101)		06/07/2021	178	0.5	R$ 89,00
609888 - I	CALAINE DOS SANTOS CRUZ (00202533390900000105)		06/07/2021	258	0.5	R$ 129,00
611240 - I	ARIANA LIMA DOS SANTOS (00202539546500000101)		07/07/2021	178	0.5	R$ 89,00
611245 - I	ARIANA LIMA DOS SANTOS (00202539546500000101)		07/07/2021	210	0.5	R$ 105,00
611248 - I	ARIANA LIMA DOS SANTOS (00202539546500000101)		07/07/2021	210	0.5	R$ 105,00
614573 - I	MARLUZIA PEREIRA DOS SANTOS SOUZA (00202539350100000101)		09/07/2021	361	0.5	R$ 180,50
614676 - I	JOSENILDA PEREIRA ALVES (00202529231200002502)		09/07/2021	178	0.5	R$ 89,00
624035 - I	MYREIA SANTOS TEIXEIRA DE SOUZA (00202539661600000101)		19/07/2021	327	0.5	R$ 163,50
624042 - I	MYREIA SANTOS TEIXEIRA DE SOUZA (00202539661600000101)		19/07/2021	244	0.5	R$ 122,00
633200 - I	SILVANA DA SILVA (00202539521400000101)		23/07/2021	449	0.5	R$ 224,50
633254 - I	AGATHA SANTOS SOUZA (00202539350100000102)		23/07/2021	174	0.5	R$ 87,00
634314 - I	SILVANA DA SILVA (00202539521400000101)		26/07/2021	61	0.5	R$ 30,50
634775 - I	ELISANGELA DE JESUS DE CALDAS (00202539138700000101)		26/07/2021	901	0.5	R$ 450,50

Totalizador

N° de USOs:	6427
N° de atendimentos:	21
Valor:	R$ 3.213,50

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	6427
N° de atendimentos:	21
Valor:	R$ 3.213,50

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	6427
N° de atendimentos:	21
Valor:	R$ 3.213,50

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 30/07/2021 20:12

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 614676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/21	23/07/21	AUTORIZADO	8797089	07/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205292312000025025	POS REDE PRESTADORA	POSITIVO TECNOLOGIA SA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSENILDA PEREIRA ALVES 22/04/1989	( ) -	JEISON SANTOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/21		Josenilda
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Josenilda
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Josenilda
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Josenilda
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Josenilda
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/07/21 Dra Carla Patrícia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	23/07/21 Dra Carla Patrícia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	23/07/21 Josenilda	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 633200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/21	26/07/21	AUTORIZADO	8855833	21/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253952140000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SILVANA DA SILVA 10/02/1990	( ) -	SILVANA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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 de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/07/21		Silvana
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/07/21		Silvana
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/07/21		Silvana
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/07/21		Silvana
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/07/21		Silvana
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	30/07/21		Silvana
7-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	30/07/21		Silvana
8-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	30/07/21		Silvana
9-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00		S	30/07/21		Silvana
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	449,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/07/21 Dra Carla Patrícia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	30/07/21 Dra Carla Patrícia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	30/07/21 Silvana da Silva	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 634314
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/07/21	30/07/21	AUTORIZADO	8858685	24/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253953521400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SILVANA DA SILVA 10/02/1990	( ) -	SILVANA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950414	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	61,00	0,00		S	30/07/21		Silvana da Silva
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/07/21 Dra. Carla Patrícia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	30/07/21 Dra. Carla Patrícia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	30/07/21 Silvana da Silva	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 633254
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/21	30/07/21	AUTORIZADO	8855868	21/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203593501000001102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AGATHA SANTOS SOUZA 10/08/2017	( ) -	MARLUZIA PEREIRA DOS SANTOS SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/07/21		marluzia
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	30/07/21		marluzia
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	30/07/21		marluzia
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	30/07/21		marluzia
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	30/07/21		marluzia
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/07/21 Dra Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	30/07/21 Dra Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	30/07/21 marluzia Santos	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 611240
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 07/07/21	4-Data de Autorização: 15/07/21	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8785842	7-Data Validade da Senha: 05/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00204539546500001001	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ARIANA LIMA DOS SANTOS		14-Telefone: (ANTOS) -	15-Nome do titular do plano: ARIANA LIMA DOS SANTOS	

ARIANA 26/05/1983

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	18-Número no CRO: 4366	19-UF: BA	20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 60866829504	22-Nome do Contratado Executante: CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	23-Número no CRO: 4366	24-UF: BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante: CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO		27-Número no CRO: 4366	28-UF: BA	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00,00		S	16/07/21		Ariana
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00		S	16/07/21		Ariana
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00		S	16/07/21		Ariana
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00		S	16/07/21		Ariana
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00		S	16/07/21		Ariana
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: 1780	47-Valor Total R$: 00,00 / 48-Total Franquia / Co-participação R$:

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: 16/07/21 Dra. Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/07/21 Dra. Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/07/21 Ariana	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 611248
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/07/21	16/07/21	AUTORIZADO	8785894	05/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025353954650000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARIANA LIMA DOS SANTOS 26/05/1983	( ) -	ARIANA LIMA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100218

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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88	00	00	S	16/07/21		Ariana
2-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOV	1	122	00	00	S	16/07/21		Ariana
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	210,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
16/07/21 Dra. Carla Patrícia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	16/07/21 Dra. Carla Patrícia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	16/07/21 Ariana	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 611245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/07/21	16/07/21	AUTORIZADO	8785845	05/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020259540650000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARIANA LIMA DOS SANTOS	26/05/1983	( ) -	ARIANA LIMA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsavel pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88	00	00	S	16/07/21		x Ariana
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61	00	00	S	16/07/21		x Ariana
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61	00	00	S	16/07/21		x Ariana
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2100	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
16/07/21 Dra. Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	16/07/21 Dra. Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 436	16/07/21 x Ariana	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 609439
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/21	19/07/21	AUTORIZADO	8780200	04/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020539113870000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELISANGELA DE JESUS DE CALDAS 21/08/1990	( ) -	ELISANGELA DE JESUS DE CALDAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

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	81000303	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/21		Elisângela
2-	00	85300447	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Elisângela
3-	00	85300447	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Elisângela
4-	00	85300447	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Elisângela
5-	00	85300447	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Elisângela
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178	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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/07/21 Dra. Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	23/07/21 Dra. Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	23/07/21 Elisângela	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 601234
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/06/21	16/07/21	AUTORIZADO	8754006	27/09/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250393027800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MAIKELE BISPO DOS SANTOS 25/03/2002	( ) -	MAIKELE BISPO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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 de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/21		Maikele
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Maikele
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Maikele
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Maikele
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/07/21		Maikele
6-	00	85196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00	0,00		S	23/07/21		Maikele
7-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MD	1	88,00	0,00		S	23/07/21		Maikele
8-	00	85196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	61,00	0,00		S	23/07/21		Maikele
9-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	23/07/21		Maikele
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	476,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/07/21 Dra Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	23/07/21 Dra Carla Patricia C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	23/07/21 Maikele Bispo	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 634775
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/07/21	30/07/21	AUTORIZADO	8860239	24/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253913813700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELISANGELA DE JESUS DE CALDAS	21/08/1990	( ) -	ELISANGELA DE JESUS DE CALDAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6068295014	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100200
(I) 85100218 (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 de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MPD	1	122,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
2-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MPD	1	122,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
3-	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
4-	00	85102060	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
5-	00	85102060	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MD	1	88,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
6-	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
7-	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
8-	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
9-	00	85102060	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
10	00	85102060	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	30/07/21		Elisângela
11	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00					
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	901,00	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 / Assistente	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/07/21 Dra. Carla P. C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 19321	30/07/21 Dra. Carla P. C. Cordeiro Cirurgiã Dentista CRO-BA 4366	30/07/21 Elisângela	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 614573
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/21	16/07/21	AUTORIZADO	8796819	07/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202539350100001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLUZIA PEREIRA DOS SANTOS SOUZA 31/03/1983	( )	MARLUZIA PEREIRA DOS SANTOS SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO BA 025	4366	BA	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO BA	4366	BA	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	/ /		maluzia
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	/ /		maluzia
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	/ /		maluzia
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	/ /		maluzia
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	/ /		maluzia
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	610	0,00		S	/ /		maluzia
7-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	610	0,00		S	/ /		maluzia
8-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	610	0,00		S	/ /		maluzia
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	361,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / Dra. Carla P. C. Cordeiro	/ / Dra. Carla P. C. Cordeiro	/ / maluzia	/ /

Dra. Carla Patricia C. Cordeiro
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 4366

Dra. Carla Patricia C. Cordeiro
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 4366

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 624042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/07/21	21/07/21	AUTORIZADO	8827119	17/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253966160000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MYREIA SANTOS TEIXEIRA DE SOUZA 27/12/1979	( ) -	MYREIA SANTOS TEIXEIRA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086829504	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100218

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	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	26	PMO	1	122,00	0,00		S	21/07/21		Myreia
2-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	37	ODM	1	122,00	0,00		S	27/07/21		Myreia
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/07/21	27/07/21 Dra. Vania Alves Cirurgiã - Dentista CROBA 17576	27/07/21 Myreia Teixeira	27/07/21 Dra. Vania Alves Cirurgiã - Dentista CROBA 17576

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 584352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/21	18/06/21	AUTORIZADO	8698464	13/09/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 4 9 4 2 9 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REINALDO SOUZA DA CRUZ 03/05/1978	( ) -	REINALDO SOUZA DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6 0 8 6 6 8 2 9 5 0 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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 de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	21/07/21		
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/07/21	21/07/21 Drª. Vania Alves Cirurgiã Dentista CROBA 17576	21/07/21	21/07/21 Drª. Vania Alves Cirurgiã - Dentista CROBA 17576

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 624035
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/07/21	19/07/21	AUTORIZADO	8827100	17/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205396616000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MYREIA SANTOS TEIXEIRA DE SOUZA 27/12/1979	( ) -	MYREIA SANTOS TEIXEIRA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
60864829504	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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 de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	27	P	1	61	00	0,00	S	21/07/21		Myreia
2-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DM	1	88	00	0,00	S	21/07/21		Myreia
3-	00	81000309	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	0,00	S	21/07/21		Myreia
4-	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S	21/07/21		Myreia
5-	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S	21/07/21		Myreia
6-	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	0,00	S	21/07/21		Myreia
7-	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	0,00	S	21/07/21		Myreia
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	327,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/07/21	21/07/21 Dra. Vania Alves Cirurgia - Dentista CROBA 17576	21/07/21	21/07/21 Dra. Vania Alves Cirurgia - Dentista CROBA 17576

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 584498
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 15/06/21
4-Data de Autorização: 17/06/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8698870
7-Data Validade da Senha: 13/09/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00202538707300001012
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: AMANDA GONCALVES DE ARAUJO 11/02/2002
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: ZEZITO FERREIRA SANTOS NETO

Dados do Contratado/Executante/Solicitante

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO BA
18-Número no CRO: 4366
19-UF: BA
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 6086829504
22-Nome do Contratado Executante: CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO
23-Número no CRO: 4366
24-UF: BA
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO
27-Número no CRO: 4366
28-UF: BA
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	81000303	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	05/07/21		Amanda
2-	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	05/07/21		Amanda
3-	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	05/07/21		Amanda
4-	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	05/07/21		Amanda
5-	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	05/07/21		Amanda
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: 1800
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: 05/07/21
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 05/07/21 Dra. Vania Alves Cirurgiã - Dentista CROBA 17576
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 05/07/21 Amanda
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 05/07/21 Dra. Vania Alves Cirurgiã - Dentista CROBA 17576

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 608517
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/07/21	15/07/21	AUTORIZADO	8777142	03/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253957980000101 02	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WALLAS CARVALHO VIEIRA 17/01/2010	( ) -	CARLA DE JESUS CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086829504	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	19/07/21		Marilia
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	19/07/21		Marilia
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	19/07/21		Marilia
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	19/07/21		Marilia
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	19/07/21		Marilia
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	610	0,00		S	19/07/21		Marilia
7-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	610	0,00		S	19/07/21		Marilia
8-	00	85102262	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMDP	1	122	0,00					
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	418	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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/07/21 Diana	19/07/21 Dra. Vanda Alves Cirurgiã Dentista CROBA 17576	19/07/21 Marilia	19/07/21 Dra. Vanda Alves Cirurgiã Dentista CROBA 17576

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 608507

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/07/21	09/07/21	AUTORIZADO	8777078	03/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253572050000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JONH CLEITON SOARES CAVALCANTE 17/06/1994	( ) -	CLAUDEMIRA BRAZ DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6086682950 4	CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA PATRICIA CARNEIRO CORDEIRO	4366	BA	

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	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	20/07/21		
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/07/2021	20/07/2021	20/07/21	20/07/2021

Dra. Vania Alves
Cirurgiã - Dentista
CROBA 17576