OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NP

544544
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	07/05/21	08/05/21	AUTORIZADO	8562318	05/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025105506080822402	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO LUCAS ALVES DE OLIVEIRA 07/11/2005	(13) 33962449	OTAVIO MANOEL ALVES DE OLIVEIRA

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	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no ORO	24-UF	25-Código CNES
07677263917	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

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-	00840600198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1		350	000		S	25/05/21		
2-	00840600198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1		350	000		S	25/05/21		
3-	00840600198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1		350	000		S	25/05/21		
4-	00840600198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1		350	000		S	25/05/21		
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$
25/05/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140	000	

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17 25/05/21	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17 25/05/21	25/05/21	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 552113 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	14/05/21	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	552113	12/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202537621700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIO PAREJO MARTIN	06/06/1977	( ) -	FABIO PAREJO MARTIN

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	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP		025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07673726391700	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

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		N	14/05/21		
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$
14/05/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	340	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

Dra. Nadine Zvinokievicz
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 140.958
CPF 076.772.639-17

Dra. Nadine Zvinokievicz
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 140.958
CPF 076.772.639-17

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/05/21	14/05/21	14/05/21 Fabio Parejo	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 de 2

552115 ✓
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	14/05/21	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	552115	12/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00225376217000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIEL BARBOSA DA SILVA	29/06/2001	( ) -	FABIO PAREJO MARTIN

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	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07677263917	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

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	81010003	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	000		N	14/05/21		GABRIEL
2 -											/ /		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10 -											/ /		
11 -											/ /		
12 -											/ /		
13 -											/ /		
14 -											/ /		
15 -											/ /		

43-Data Provável Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
14/05/21	1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	340	000	

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(a), 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

Dra. Nadine Zvinokievicz
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 140.958
PF 076.772.639-17

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/05/21	14/05/21	14/05/21 GABRIEL	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

554488
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	18/05/21	20/05/21	AUTORIZADO	8598007	16/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025370621700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIO PAREJO MARTIN 06/06/1977	( ) -	FABIO PAREJO MARTIN

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	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07673726391717	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

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	85300470	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	000		S	20/05/21		Fabio
2-	00	85300470	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	000		S	20/05/21		Fabio
3-	00	85300470	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	000		S	20/05/21		Fabio
4-	00	85300470	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	000		S	20/05/21		Fabio
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$
20/05/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1440	000	

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.737.639-17	20/05/21	20/05/21	20/05/21 Fabio Parejo	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 555821 ✓ 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	19/05/21	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	555821	17/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510551606163520 1	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIEL BIZZOTO 05/02/1971	( ) -	DANIEL BIZZOTO

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	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07677263917	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

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	81001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	000		N	20/05/21		
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$
20/05/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3400	000	

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. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17 20/05/21	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17 20/05/21	20/05/21	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 557289 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	20/05/21	20/05/21	AUTORIZADO	8608026	18/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202515055060163520101	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIEL BIZZOTO 05/02/1971	( )	DANIEL BIZZOTO

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	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 86100200
(1) 81000421-RPSE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07673726391 7	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

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	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	24/05/21		
2	00	81004212	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00	0,00	S	24/05/21		
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$
24/05/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	102,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17 24/05/21	Dra. Nadine Zvinokievicz Cirurgiã Dentista CRO-SP 140.958 CPF 076.772.639-17 24/05/21	24/05/21	/ /

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

557290
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	4-Senha	5-Número Guia Principal	6-Data Validade da Senha
406414	24/05/2021	24/05/2021	AUTORIZADO	8608027	18/08/2021

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251050508016352017	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA		

13-Atendido	14-Telefone	15-Nome do Titular do Plano
DANIEL BIZZOTO 05/02/1971	( )	DANIEL BIZZOTO

Dados do Contratado, Profissional ou Executante

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Executante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07673206171	NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NADINE ZVINOKIEVICZ	140958	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(3) 85100200
(3) 85100200
(3) 81000421-

Dados do 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-Visto do Dirigente	42-Assinatura
1	08510020	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OP	1	800	0,00		S	24/05/21		
2	08510020	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	800	0,00		S	24/05/21		
3	08140421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	140	0,00		S	24/05/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provável 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$
24/05/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orçamento 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1900	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

Dra. Nadine Zvinokievicz
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 140.958
CPF 076.772.639-17

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião Dentista
24/05/21

Dra. Nadine Zvinokievicz
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 140.958
CPF 076.772.639-17

51-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/05/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa