

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

Razão Social: CENTRO ODONTOLÓGICO PATRICIA GALVAO LTDA - ME

CNPJ: 08276854000107 (CENTRO ODONTOLÓGICO PATRICIA GALVAO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4775/DF

Cirurgião Dentista: (13341) - PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
413835 - I	ELYOENAI MOREIRA BORGE (00202524116700030201)		06/11/2020	61	0.3	R\$ 18,30
440889 - I	FERNANDO DIAS DA COSTA (00202530800000000101)		15/12/2020	34	0.3	R\$ 10,20
442404 - I	DANIEL DA SILVA LEITE (00202534173100000103)		17/12/2020	34	0.3	R\$ 10,20
444372 - I	MOHSIN ALI (00202534377100000101)		21/12/2020	178	0.3	R\$ 53,40
455433 - I	EURIANA DE JESUS RODRIGUES DE LIMA (00202533699100000101)		18/01/2021	178	0.3	R\$ 53,40
455435 - I	EURIANA DE JESUS RODRIGUES DE LIMA (00202533699100000101)		18/01/2021	88	0.3	R\$ 26,40
462774 - I	MOHSIN ALI (00202534377100000101)		26/01/2021	298	0.3	R\$ 89,40

Totalizador						
				N° de USOs:	871	
				N° de atendimentos:	7	
				Valor:	R\$ 261,30	

Totalizador da Operadora						
				N° de USOs:	871	
				N° de atendimentos:	7	
				Valor:	R\$ 261,30	

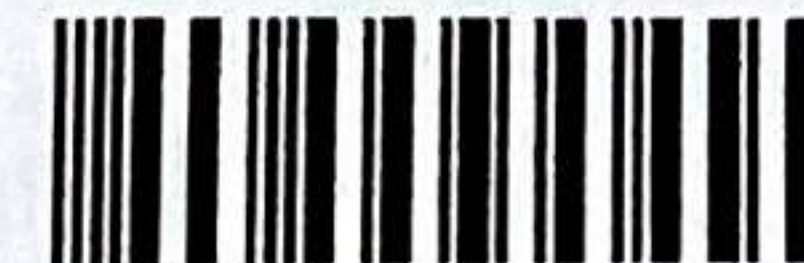
Totalizador da Clínica						
				N° de USOs:	871	
				N° de atendimentos:	7	
				Valor:	R\$ 261,30	

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: 01/02/2021 15:25

Página 1 de 1



442404
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/12/20	4-Data de Autorização 18/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8152323	7-Data Validade da Senha 17/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534173100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL DA SILVA LEITE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FATIMA ROBERTA XAVIER DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratante 18/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Especialista em Implante 18/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	--	---	--



440889
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 15/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8145733	7-Data Validade da Senha 15/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253080000000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FERNANDO DIAS DA COSTA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO DIAS DA COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDO DIAS DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

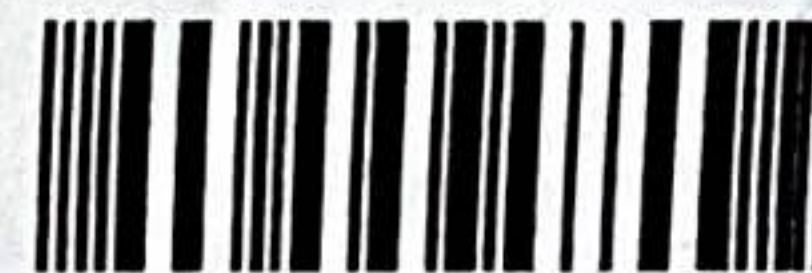
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Especialista em Implante 15/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



449763
INTERCÂMBIO

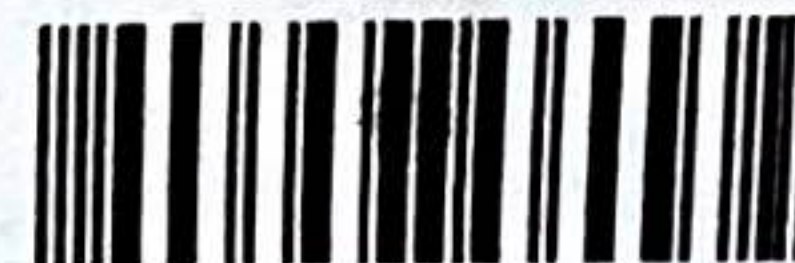
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/21	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179964	7-Data Validade da Senha 08/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253320900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANIELA DA SILVA RAMOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JANILDE DA SILVA LIMA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200168-44
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	44		1	258,00	0,00			11/01/21		Daniela
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 258,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21 Daniela	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



455435
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/21	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8206567	7-Data Validade da Senha 18/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533699100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EURIANA DE JESUS RODRIGUES DE LIMA 01/08/1983			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EURIANA DE JESUS RODRIGUES DE LIMA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO		18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBDS 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104		22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES				27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBDS	

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	Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OV	1	88,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/21 em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/21 em Implante CRO-DF 4775 IE 2519
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/01/21 Euriana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



462774
INTERCÂMBIO

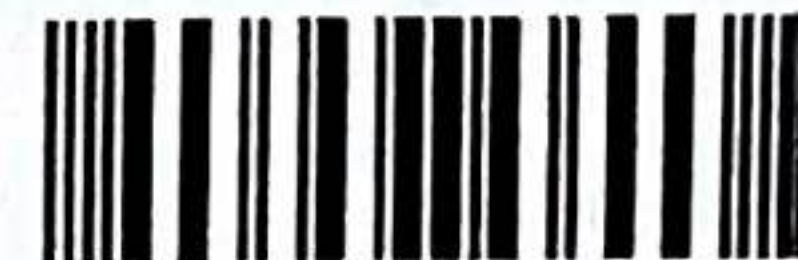
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/01/21	4-Data de Autorização 28/01/21	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8237456	7-Data Validade da Serha 26/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253437710000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MOHSIN ALI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MOHSIN ALI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBDS 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBDS	(I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fact	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	61,00	0,00		S	28/01/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	61,00	0,00		S	28/01/21		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	38,00	0,00		S	28/01/21		
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	38,00	0,00		S	28/01/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 298,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 28/01/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21 M. Mattos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



455433
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/21	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8202866	7-Data Validade da Senha 18/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533699100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EURIANA DE JESUS RODRIGUES DE LIMA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EURIANA DE JESUS RODRIGUES DE LIMA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	27-Número no CRO 4775	28-UF DF	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

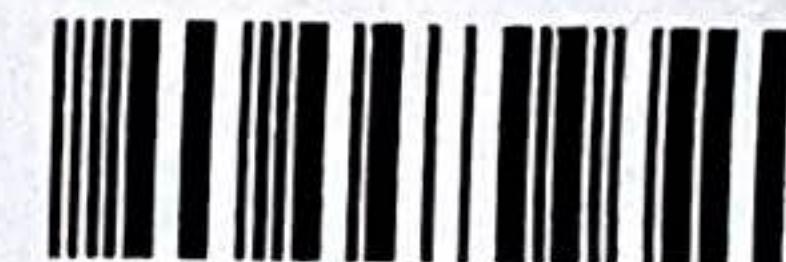
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/01/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/01/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/01/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/01/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/01/21		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 18/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



70

444372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/12/20	4-Data de Autorização 07/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8160291	7-Data Validade da Senha 21/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253437710000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MOHSIN ALI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MOHSIN ALI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	18-Número no CRO 4775	19-UF DF	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52355241104	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	23-Número no CRO 4775	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		27-Número no CRO 4775	28-UF DF	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			07/01/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			07/01/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			07/01/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			07/01/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			07/01/21		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/01/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2518	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/21 Dr. Patricia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2518	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/01/21 Mohsin Ali	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--