

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: DIGIDOC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 01258895000121 (FENELON DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS POR IMAGEM)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4930/DF

Cirurgião Dentista: (17602) - FREDERICO FENELON GUIMARAES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
523570 - I	ADRIA DO PRADO BARROS DE SOLZA (00202526451000000101)		14/04/2021	78	0.58	R\$ 45,24
523570 - I	ADRIA DO PRADO BARROS DE SOLZA (00202526451000000101)		14/04/2021	112	0.71	R\$ 79,52
523577 - I	ADRIA DO PRADO BARROS DE SOLZA (00202526451000000101)		14/04/2021	42	0.71	R\$ 29,82
465142 - I	JOAO RODRIGUES DOS REIS NETO (00202534271300000102)		29/01/2021	56	0.71	R\$ 39,76
508205 - I	JOYCE MENDES PEREIRA (00202531136700000101)		24/03/2021	14	0.71	R\$ 9,94
508207 - I	LIZANDRA SANDRINE DIAS NUNES (00202536556800000101)		24/03/2021	78	0.58	R\$ 45,24
508207 - I	LIZANDRA SANDRINE DIAS NUNES (00202536556800000101)		24/03/2021	56	0.71	R\$ 39,76
477430 - I	SARA BORGES DOS SANTOS (00202534271300000103)		16/02/2021	346	0.4	R\$ 138,40

Totalizador						
				N° de USOs:		782
				N° de atendimentos:		6
				Valor:		R\$ 427,68

Totalizador da Operadora						
				N° de USOs:		782
				N° de atendimentos:		6
				Valor:		R\$ 427,68

Totalizador da Clínica						
				N° de USOs:		782
				N° de atendimentos:		6
				Valor:		R\$ 427,68

Digidoc Radiologia Odontologica
CNPJ: 01.258.895/0001 - 21

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: 27/04/2021 09:29

Página 1 de 1

523570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/2012	4-Data de Autorização 22/04/2012	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8483757	7-Data Validade da Serina 13/07/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025264510000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADRIA DO PRADO BARROS DE SOLZA		14-Telefone (61) 98445-9873	15-Nome do titular do plano ADRIA DO PRADO BARROS DE SOLZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
29-Código CBO S (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000421- (I) 81000421-RH (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS (I) 81000405					

30-Tabela		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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	0	0	8	1	0	0	0	3	7	5			
			RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1	4	0	0			
2	0	0	8	1	0	0	0	3	7	5			
			RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1	4	0	0			
3	0	0	8	1	0	0	0	3	7	5			
			RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1	4	0	0			
4	0	0	8	1	0	0	0	3	7	5			
			RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1	4	0	0			
5	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
			RX PERIAPICAL	RCSD		1	1	4	0	0			
6	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
			RX PERIAPICAL	RIS		1	1	4	0	0			
7	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
			RX PERIAPICAL	RCSE		1	1	4	0	0			
8	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
			RX PERIAPICAL	RIL		1	1	4	0	0			
9	0	0	8	1	0	0	0	4	0	5			
			RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	1	7	8	0	0		
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento 22/04/2012	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 190,00	47-Valor Total R\$ 120,76	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 Solicitante / /					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 22/04/2012 CRO-DF 4930					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/04/2012					
53-Data, local e Assinatura da Operadora 22/04/2012 CNPJ: 01.258.895/0001-21					

523577
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/2012	4-Data de Autorização 22/04/2012	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8483759	7-Data Validade da Serina 13/07/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025264510000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADRIA DO PRADO BARROS DE SOLZA		14-Telefone (61) 98445-9873	15-Nome do titular do plano ADRIA DO PRADO BARROS DE SOLZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
29-Código CBO S (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000421- (I) 81000421-RH (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS (I) 81000405					

30-Tabela		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
			RX PERIAPICAL	RCID		1	1	4	0	0			
2	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
			RX PERIAPICAL	RCIE		1	1	4	0	0			
3	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
			RX PERIAPICAL	RPSE		1	1	4	0	0			
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento 22/04/2012	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 20,82	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 Solicitante / /					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 22/04/2012 CRO-DF 4930					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/04/2012					
53-Data, local e Assinatura da Operadora 22/04/2012 CNPJ: 01.258.895/0001-21					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



465142
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/21	4-Data de Autorização 30/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8247750	7-Data Validação da Senha 29/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534271300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOAO RODRIGUES DOS REIS NETO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MONICA ALVES DOS SANTOS
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	27-Número no CRO 4930	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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	31/03/21		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	31/03/21		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	31/03/21		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	31/03/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/03/21	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 39,76	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 31/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/03/21
---	---	---	---

Dr. Frederico Fenelon
CRO 4930-DF

João Rodrigues dos Reis Neto

Clínica Radiológica Odontológica
CNPJ nº 258.895/0001-21



508205
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/03/21	4-Data de Autorização 29/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8421196	7-Data Validade da Senha 22/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531136700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOYCE MENDES PEREIRA		14-Telefone 09/07/1981	15-Nome do Titular do plano JOYCE MENDES PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			29/03/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/03/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 9,96	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 29/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 Joyce Mendes Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/03/21 Radiologia Odontológica CNPJ: 01.258.800/0001-21
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



508207
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/03/21	4-Data de Autorização 30/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8421197	7-Data Validação da Senha 22/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202536556800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LIZANDRA SANDRINE DIAS NUNES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LIZANDRA SANDRINE DIAS NUNES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES		18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120		22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES				27-Número no CRO 4930	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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	06/04/21		Lizandra
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	06/04/21		Lizandra
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	06/04/21		Lizandra
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	06/04/21		Lizandra
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	06/04/21		Lizandra
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/04/21	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 85,00	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 06/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/04/21 Dr. Frederico Fenelon CRO 4930-DF	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/21 Lizandra	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/04/21
---	---	--	---

Digidoc Radiologia Odontológica
CNPJ: 01.258.895/0001-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



477430
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/02/21	4-Data de Autorização 24/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8301671	7-Data Validade da Senha 17/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534271300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SARA BORGES DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MONICA ALVES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FREDERICO FENELON GUIMARAES	18-Número no CRO 4930	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78334330120	22-Nome do Contratado Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES	23-Número no CRO 4930	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FREDERICO FENELON GUIMARAES		27-Número no CRO 4930	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-	00346	DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00		S	31/03/21		<i>[assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/03/21	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 346,00	47-Valor Total R\$ 152,40	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

Beneficiário de menor, pai (responsável) que assinou a guia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/21 Dr. Frederico Fenelon	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/03/21 Radiológica Odontológica
---	---	---	--

CNPJ: 01.888.895/0001-21