



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 16/07/2012 4-Data de Autorização 12/11/07/2012 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7711811 7-Data Validade da Servia 11/4/11/0/12/0

340692
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00202510550601231901 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome GERSON ESCARABELLO 14-Telefone 15-Data de Emissão do Plano 03/01/1973 16-Nome do titular do plano GERSON ESCARABELLO 17-Data de Validade do Plano 025 - Faturar Empresa

18-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI 19-UF SP 20-Código CBO 5 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144249633810 22-Número do Centralizado Executante GIOVANNA FRANCO TINI 23-Código CNE 24-UF SP 25-Código CBO 3 26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 29-Código CBO 3 30-Franchising/Co-participação R\$ 31-Data de Realização 42-Atividade 43-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Ativ	40-Data de Realização	41-Medico da Oclusa	42-Atividade
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	5104/08/20				
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	5104/08/20				
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	5104/08/20				
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	5104/08/20				
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/4/08/20 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 144,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchising / 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) 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 Beneficiário / Responsável: Giovanna Tini, Dentista, 10/4/08/20, SP 120.548 51-Data, local e Assinatura do Centralizado-Executante: Dra. Giovanna Tini, Dentista, 10/4/08/20, SP 120.548 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/4/08/20, SP 53-Data, local e Cartão da Empresa



328655
INTERCAMBIO

1-Registro INSS 400414	2-Código de Controle de Guia 231006120	3-Código de Autorização 13101006120	4-Status AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7656116	6-Código Verificador da Guia 211019120
---------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	---

7-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	8-Data de Validade da Guia 10/02/2012	9-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	10-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	11-Data de Validade da Guia 10/02/2012	12-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012
---	--	--	--	---	---

13-Atividade MARIANA DIAS SIMPLICIO	14-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	15-Data de Validade da Guia 10/02/2012	16-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	17-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	18-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--	--	---	---	--	---

19-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	20-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	21-Data de Validade da Guia 10/02/2012	22-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	23-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	24-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

25-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	26-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	27-Data de Validade da Guia 10/02/2012	28-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	29-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	30-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

31-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	32-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	33-Data de Validade da Guia 10/02/2012	34-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	35-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	36-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

37-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	38-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	39-Data de Validade da Guia 10/02/2012	40-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	41-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	42-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

43-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	44-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	45-Data de Validade da Guia 10/02/2012	46-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	47-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	48-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

49-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	50-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	51-Data de Validade da Guia 10/02/2012	52-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	53-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	54-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

55-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	56-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	57-Data de Validade da Guia 10/02/2012	58-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	59-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	60-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

61-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	62-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	63-Data de Validade da Guia 10/02/2012	64-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	65-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	66-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

67-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	68-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	69-Data de Validade da Guia 10/02/2012	70-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	71-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	72-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

73-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	74-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	75-Data de Validade da Guia 10/02/2012	76-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	77-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	78-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

79-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	80-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	81-Data de Validade da Guia 10/02/2012	82-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	83-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	84-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

85-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	86-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	87-Data de Validade da Guia 10/02/2012	88-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	89-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	90-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

91-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	92-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	93-Data de Validade da Guia 10/02/2012	94-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	95-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	96-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	---	--	---

97-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	98-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	99-Data de Validade da Guia 10/02/2012	100-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	101-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	102-Data de Validade da Guia 10/02/2012
--------------------------------------	--	---	--	---	--

103-Atividade GIOVANNA FRANCO TINI	104-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	105-Data de Validade da Guia 10/02/2012	106-Data de Vencimento da Guia 10/02/2012	107-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	108-Data de Validade da Guia 10/02/2012
---------------------------------------	---	--	--	---	--

DR.ª Giovanna Tini
Cirurgiã
CRO-SP 120.548

Giovanna Tini
Cirurgiã - Dentista
CRO-SP 120.548

DR.ª Giovanna Tini
Cirurgiã - Dentista
CRO-SP 120.548



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2017	4-Data de Autorização 10/03/2018	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7701080	7-Data Validade da Guia 11/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

338438
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 000202530617700001003	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

13-Nome
CARMEM DULCE FERREIRA DA SILVA

30/07/1978

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/17
--

12-Número da Carteira Nacional da Saúde

Dados do Corretor Responsável pelo Tratamento

14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCINEIDE DA SILVA OLIVEIRA
------------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Secretária GIOVANNA FRANCO TINI
--------------------------	--

18-Número no CRO 120548	19-UF SP
----------------------------	-------------

20-Código CBO S

21-Código CNEB

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1404249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI
---	--

23-Número no CRO 120548	24-UF SP
----------------------------	-------------

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO 120548	28-UF SP
----------------------------	-------------

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rancho	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			08/11/10		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			08/11/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			08/11/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			08/11/20		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/08/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Faturado / Co-participação R\$ 144,00
--	--	--	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

Giovanna Tini

Giovanna Tini

Giovanna Tini

Giovanna Tini

Giovanna Tini

Giovanna Tini

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/08/2017 Cirurgia - Dentista - 120.548

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/08/2017 Cirurgia - Dentista - 120.548

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/08/2017 Cirurgia - Dentista - 120.548

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/08/2017 Cirurgia - Dentista - 120.548

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/08/2017 Cirurgia - Dentista - 120.548

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/08/2017 Cirurgia - Dentista - 120.548



335359
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 7/12/10 4-Data de Autorização 11/01/10 7/12/10 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7687553 7-Data Vencida da Guia 10/5/11 10/12/10

8-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Vencida da Guia 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELIANE SELVINA DIAS 01/03/1973 14-Redutora 15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RH GIOVANNA FRANCO TINI 17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI 18-Número no CRO 120548 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 442496338110 22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI 23-Número no CRO 120548 24-UF SP 25-Código CNEB 26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI 27-Número no CRO 120548 28-UF SP 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-Fr	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6,00	10,00	5,00	10,00	10/08/10	10,00	Eliane
2-10	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6,00	10,00	5,00	10,00	10/08/10	10,00	Eliane
3-10	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6,00	10,00	5,00	10,00	10/08/10	10,00	Eliane
4-10	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6,00	10,00	5,00	10,00	10/08/10	10,00	Eliane
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto 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\$							
10/3/10 8/12/10	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	1 4 4,00	10,00	10,00							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Giovanma Tini

Giovanma Tini

Giovanma Tini

Giovanma Tini

Giovanma Tini

Giovanma Tini

Giovanma Tini

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

52-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

53-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

54-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

55-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

56-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

57-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

58-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

59-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável



333412
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 7/12/10	4-Data de Autorização 11/3/10 7/12/10	5-Serena AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7679454	7-Data Validade da Serena 13/10/10 9/12/10
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025305980000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOSE APARECIDO ALVES DOMINGOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA DAS DORES CAVALCANTE DOS SANTOS
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CNPJ 1442496338110	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	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-UF	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		SP	18/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Dados Previstos 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\$							
18/10/20	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-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) 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 18/10/2010 Dr. Giovanna Tini Cirurgião - SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Executante 18/10/2010 Dra. Giovanna Tini Cirurgião - SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2010 * Cirurgião - SP 120.548	53-Data, local e Cartão da Empresa
--	--	---	------------------------------------



335366
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2012	4-Data de Autenticação 13/07/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7687595	7-Data Validada da Guia 05/10/2012
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 002025296520000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome ELIANE SELVINA DIAS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS
--------------------------------	------------------------------	--

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento
01/03/1973

16-Atendimento a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO B 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operação / CBO / CIP 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNEB Faturar Empresa
--	--	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO B
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Específicos

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Flanco	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Matéria da Causa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	D	1	61,00	0,00			11/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Urgências	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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) 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 Responsável 11/10/2012 Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548 CRO - SP 120.548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2012 Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548 CRO - SP 120.548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2012 Dra. Giovanna Tini Cirurgia - SP 120.548 CRO - SP 120.548	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/10/2012
--	--	--	--