

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

CRO: 66287/SP

Cirurgião Dentista: (13509) - ADRIANE CECILIO CAMMARANO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
317339 - I	NAOMMY EMILLY DE CARVALHO SANTOS (00202510550600501303)		27/05/2020	235	0.3	R\$ 70,50
321591 - I	SILENE NOVAES (00202510550600153601)		08/06/2020	308	0.3	R\$ 92,40
321593 - I	SUELY APARECIDA NOVAES NORKEVICIUS (00202510550600345301)		08/06/2020	296	0.3	R\$ 88,80
328871 - I	JORGE LUIZ SILVEIRA (00202510550600995402)		23/06/2020	235	0.3	R\$ 70,50
330915 - I	GABRIELA NOVAES NORKEVICIUS (00202510550600345302)		27/06/2020	235	0.3	R\$ 70,50
331356 - I	JOSE LOPES NETO (00202530625400000101)		29/06/2020	296	0.3	R\$ 88,80
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:		1605
				Nº de atendimentos:		6
				Valor:		R\$ 481,50
Totalizador						
				Nº de USOs:		1605
				Nº de atendimentos:		6
				Valor:		R\$ 481,50

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: 25/07/2020 10:26

Página 1 de 1



317339
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/05/20	4-Data de Autorização 08/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597736	7-Data Validade da Senha 25/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600501303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NAOMMY EMILLY DE CARVALHO SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO FERREIRA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	27-Número no CRO 66287	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	06/07/20		Nelma
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	06/07/20		Nelma
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/07/20		Nelma
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/07/20		Nelma
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/07/20		Nelma
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/07/20		Nelma
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 235,00	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 Os PROCEDIMENTOS FORAM ASSINADOS PELA RESPONSÁVEL PELA PACIENTE.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/07/20, hr	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/20, hr	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/20, hr	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



321591
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7619535	7-Data Validade da Senha 06/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600153601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SILENE NOVAES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILENE NOVAES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	02/07/20		x
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	02/07/20		x
3-	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	21		1	73,00	0,00		S	08/07/20		x
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/07/20		x
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/07/20		x
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/07/20		x
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	16/07/20		x
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 308,00	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: **IMAGENS INICIAL E FINAL DA EXODONTIA DO DENTE 21 FORAM INCLUÍDAS NA GUIA DA PACIENTE VIA UPLOAD.**

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/07/20, hr. [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20, hr. [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/20, hr. Silene [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



321593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7619539	7-Data Validade da Senha 06/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600345301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUELY APARECIDA NOVAES NORKEVICIUS	14-Telefone 30/10/1960	15-Nome do titular do plano SUELY APARECIDA NOVAES NORKEVICIUS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	27-Número no CRO 66287	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	02/07/20		x
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	02/07/20		x
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	09/07/20		x
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/07/20		x
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/07/20		x
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	16/07/20		x
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/07/20		x
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 296,00	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 16/07/20, SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20, SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/20, SP	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



328871
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/06/20	4-Data de Autorização 08/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7657341	7-Data Validade da Senha 21/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600995402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JORGE LUIZ SILVEIRA		14-Telefone () 7184-0499	15-Nome do titular do plano SOLANGE ANTUNES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	27-Número no CRO 66287	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/07/20		x
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	15/07/20		x
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/07/20		x
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/07/20		x
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/07/20		x
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/07/20		x
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 235,00	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 20/07/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



330915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/06/20	4-Data de Autorização 08/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7667602	7-Data Validade da Senha 25/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600345302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIELA NOVAES NORKEVICIUS		14-Telefone 24/04/1996 () -	15-Nome do titular do plano SUELY APARECIDA NOVAES NORKEVICIUS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO		27-Número no CRO 66287	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/07/20		x Gabriela
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	10/07/20		x Gabriela
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/07/20		x Gabriela
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/07/20		x Gabriela
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	17/07/20		x Gabriela
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/07/20		x Gabriela
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 235,00	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 17/07/20 hP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/07/20 hP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/07/20 hP Gabriela n-n	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



331356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/06/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7669776	7-Data Validade da Senha 27/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253062540000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE LOPES NETO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE LOPES NETO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	18-Número no CRO 66287	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25336489816	22-Nome do Contratado Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	23-Número no CRO 66287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANE CECILIO CAMMARANO	27-Número no CRO 66287	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17/07/20		x
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00		S	17/07/20		x
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	20/07/20		x
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/07/20		x
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/07/20		x
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/07/20		x
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/07/20		x
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 296,00	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 22/07/20, SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/07/20, SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/20, SP	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--