

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2020

Razão Social: ADYANA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

CNPJ: 28878051000130 (ADYANA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 73956/SP

Cirurgião Dentista: (15604) - DANIELA FERNANDES DE BARROS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
277815 - I	DANIEL BATISTA DOS SANTOS (00202510550601616002)		27/01/2020	603	0.4	R\$ 241,20
289481 - I	GENIEL FELIX ESTEVAM (00202510550600417102)		17/02/2020	34	0.4	R\$ 13,60
289501 - I	GENIEL FELIX ESTEVAM (00202510550600417102)		17/02/2020	140	0.4	R\$ 56,00
267490 - I	GILMARA ALVES DA SILVA (00202510550601298501)		08/01/2020	61	0.4	R\$ 24,40
267496 - I	GILMARA ALVES DA SILVA (00202510550601298501)		08/01/2020	61	0.4	R\$ 24,40
293626 - I	HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES (00202510550601253704)		28/02/2020	34	0.4	R\$ 13,60
293632 - I	HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES (00202510550601253704)		28/02/2020	140	0.4	R\$ 56,00
297122 - I	JOSIANE GONCALVES DOS SANTOS (00202527370600000101)		06/03/2020	122	0.4	R\$ 48,80
312180 - I	LUCAS EDUARDO DA SILVA (00202510550601712602)		11/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
312200 - I	LUCAS EDUARDO DA SILVA (00202510550601712602)		11/05/2020	140	0.4	R\$ 56,00
314271 - I	LUCAS EDUARDO DA SILVA (00202510550601712602)		18/05/2020	122	0.4	R\$ 48,80
289475 - I	LUCIENE DA SILVA (00202510550600417101)		17/02/2020	34	0.4	R\$ 13,60
289495 - I	LUCIENE DA SILVA (00202510550600417101)		17/02/2020	140	0.4	R\$ 56,00
297099 - I	MARA LUCIA LEITE CRAVO (00202510550601805601)		06/03/2020	34	0.4	R\$ 13,60
297113 - I	MARA LUCIA LEITE CRAVO (00202510550601805601)		06/03/2020	140	0.4	R\$ 56,00
311634 - I	PAMELA ROBERTA DE MELO MAXIMIANO (00202507517100030501)		08/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
311655 - I	PAMELA ROBERTA DE MELO MAXIMIANO (00202507517100030501)		08/05/2020	140	0.4	R\$ 56,00
304772 - I	RAFALMER RAFAI SILVA (00202527370600000102)		01/04/2020	140	0.4	R\$ 56,00
304773 - I	RAFALMER RAFAI SILVA (00202527370600000102)		01/04/2020	122	0.4	R\$ 48,80
244028 - I	RUDINEIA LORENZONI RODRIGUES (00202510550600793702)		04/11/2019	34	0.4	R\$ 13,60
297205 - I	RUDINEIA LORENZONI RODRIGUES (00202510550600793702)		06/03/2020	122	0.4	R\$ 48,80
300953 - I	SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701)		13/03/2020	34	0.4	R\$ 13,60
300985 - I	SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701)		13/03/2020	140	0.4	R\$ 56,00
300987 - I	SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701)		13/03/2020	61	0.4	R\$ 24,40
313628 - I	WALMIR OLIVEIRA PEDRO (00202510550601467601)		15/05/2020	34	0.4	R\$ 13,60
313637 - I	WALMIR OLIVEIRA PEDRO (00202510550601467601)		15/05/2020	140	0.4	R\$ 56,00

Totalizador		
	N° de USOs:	2840
	N° de atendimentos:	26
	Valor:	R\$ 1.136,00

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: 27/05/2020 14:59



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2015 12:01	4-Data de Autorização 12/02/2015 12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7570037	7-Data Validade da Sentença 11/06/2018 12:01
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira	10-0-2-0-2-5-1-0-5-5-0-6-0-1-7-1-1-2-6-0-2
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira	____/____/____
12-Numero do Cartão Nacional da Saúde	

13-Nome	LUCAS EDUARDO DA SILVA
20/08/2001	
14-Telefone	(()) 9 7 2 6 - 1 5 4 0
15-Nome do titular do plano	ADEMIR LUZIA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Mendicamento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS	18-Número no CRO 73956	19-Uf SP	20-Código CBO S 2151
---------------------------	---	----------------------------------	--------------------	--------------------------------

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	9 2 9 4 8 2 3 5 6 3 4
22- Nome do Contratado Exatamente	DANIELA FERNANDES DE BARROS
23- Número do CRO	73956
24-UF	SP
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Exercente	27-Número no CBO	28-Uf	29-Código CBO S
DANIELA FERNANDES DE BARROS	73956	SP	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	
31- Código do Procedimento	
32- Descrição	
33- Dente/Região	
34- Fase	
35- Cid	
36- Quantidade US	
37- Valor	
38- Franquia/Co-participação R\$	
39- Aut.	
40- Data de Realização	

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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 dental, ainda que o mesmo apresente resultados desfavoráveis à saúde.

relatantes ao trabalho realizado comprometendo-me a assinar com os custos decorrentes previsto em contrato.

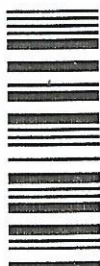
24. Josef Noga

33

90-Dados locais e Assinatura do Curador-Dentista	Assinatura
91-Dados locais e Assinatura do Curador-Dentista	Assinatura
92-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
93-Dados locais e Carnimbo da Empresa	

Dra. Dani

[illegible]

312180
INTERCÂMBIO,

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2010	4-Data de Autorização 11/11/2010	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7555058	7-Data Validade da Carteira 10/09/2010	8-Número do Cartão 10/09/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---	----------------------------------

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartao Nacional de Saude
000202510550601712602	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11/11/11	
13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano		
LUCAS EDUARDO DA SILVA	(11) 972611540	ADEMIR LUZIA DA SILVA		
20/08/2001				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Acordamento a FN N	17-Nome do Pro/Issoc. do Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS
18-Numero do CHO 73956	
19-Uf SP	20-Código CBO S
Faturar Empresa	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	9 2 9 4 8 2 3 5 6 3 4
22-Nome do Contratado, Executante	DANIELA FERNANDES DE BARROS
23-Número no CRO	73956
24-UF	SP
25-Código UNES	
26-Nome do Profissional Executante	DANIELA FERNANDES DE BARROS
27-Número no CRO	73956
28-UF	SP
29-Código CRO S	

[illegible]

10. Item	3 - Código do Procedimento	32. Descrição	33. Denição Região	34. Faixa	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Valor Unitário (opção de preço)	39. Valor de Item Excluído
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	0,00	0,00		511,05
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
43. Data Fim do Tratamento 44. Tipo de Atendimento 45. Tipo de Faturamento 46. Total Quantidade US 47. Valor Total R\$ 48. Total Franquia / Co-participação R\$									

[illegible]

49-Observação

50. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/10/2011	<i>[Assinatura]</i>
51. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/10/2011	<i>[Assinatura]</i>
52. Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/10/2011	<i>[Assinatura]</i>
53. Data local e Carimbo da Empresa	11/10/2011	

Dra. Daniela Fernandes dos Barros
 Cirurgião-dentista
 CROSP 73956

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

311634
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/1993 4-Data de Autorização 11/05/1993 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7551319 7-Data Validade da Sentença 10/06/1998

8-Número da Carteira 1010210215075171000305011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome PAMELA ROBERTA DE MELO MAXIMIANO 14-Teléfono 31/08/1993 15-Nome do titular do plano PAMELA ROBERTA DE MELO MAXIMIANO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS 18-Número no CRO 73956 19-UF SP 20-Código CBO S 73956 21-Código na Operadora CNU 634 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FERNANDES DE BARROS 23-Número no CRO 73956 24-UF SP 25-Código CNES 73956 26-Nome do Profissional Excludente 27-Número no CRO 73956 28-UF SP 29-Código CBO S 73956

30-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 31-Data de Realização 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA 33-De: Fugido 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia-Participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-Data	2-Data	3-Data	4-Data	5-Data	6-Data	7-Data	8-Data	9-Data	10-Data	11-Data	12-Data	13-Data	14-Data	15-Data	16-Data	17-Data	18-Data	19-Data	20-Data	21-Data	22-Data	23-Data	24-Data	25-Data	26-Data	27-Data	28-Data	29-Data	30-Data	31-Data	32-Data	33-Data	34-Data	35-Data	36-Data	37-Data	38-Data	39-Data	40-Data	41-Data	42-Data	43-Data	44-Data	45-Data	46-Data	47-Data	48-Data	49-Data	50-Data	51-Data	52-Data	53-Data	54-Data	55-Data	56-Data	57-Data	58-Data	59-Data	60-Data	61-Data	62-Data	63-Data	64-Data	65-Data	66-Data	67-Data	68-Data	69-Data	70-Data	71-Data	72-Data	73-Data	74-Data	75-Data	76-Data	77-Data	78-Data	79-Data	80-Data	81-Data	82-Data	83-Data	84-Data	85-Data	86-Data	87-Data	88-Data	89-Data	90-Data	91-Data	92-Data	93-Data	94-Data	95-Data	96-Data	97-Data	98-Data	99-Data	100-Data
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

43-Data Prescrição 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência 45-Tipo de Fractura 46-Valor da Fractura 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-Valor Total R\$ 50-Valor Total R\$ 51-Valor Total R\$ 52-Valor Total R\$ 53-Valor Total R\$ 54-Valor Total R\$ 55-Valor Total R\$ 56-Valor Total R\$ 57-Valor Total R\$ 58-Valor Total R\$ 59-Valor Total R\$ 60-Valor Total R\$ 61-Valor Total R\$ 62-Valor Total R\$ 63-Valor Total R\$ 64-Valor Total R\$ 65-Valor Total R\$ 66-Valor Total R\$ 67-Valor Total R\$ 68-Valor Total R\$ 69-Valor Total R\$ 70-Valor Total R\$ 71-Valor Total R\$ 72-Valor Total R\$ 73-Valor Total R\$ 74-Valor Total R\$ 75-Valor Total R\$ 76-Valor Total R\$ 77-Valor Total R\$ 78-Valor Total R\$ 79-Valor Total R\$ 80-Valor Total R\$ 81-Valor Total R\$ 82-Valor Total R\$ 83-Valor Total R\$ 84-Valor Total R\$ 85-Valor Total R\$ 86-Valor Total R\$ 87-Valor Total R\$ 88-Valor Total R\$ 89-Valor Total R\$ 90-Valor Total R\$ 91-Valor Total R\$ 92-Valor Total R\$ 93-Valor Total R\$ 94-Valor Total R\$ 95-Valor Total R\$ 96-Valor Total R\$ 97-Valor Total R\$ 98-Valor Total R\$ 99-Valor Total R\$ 100-Valor Total R\$

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário 53-Data local e Assinatura do Responsável 54-Data local e Assinatura do Responsável 55-Data local e Assinatura do Responsável 56-Data local e Assinatura do Responsável 57-Data local e Assinatura do Responsável 58-Data local e Assinatura do Responsável 59-Data local e Assinatura do Responsável 60-Data local e Assinatura do Responsável 61-Data local e Assinatura do Responsável 62-Data local e Assinatura do Responsável 63-Data local e Assinatura do Responsável 64-Data local e Assinatura do Responsável 65-Data local e Assinatura do Responsável 66-Data local e Assinatura do Responsável 67-Data local e Assinatura do Responsável 68-Data local e Assinatura do Responsável 69-Data local e Assinatura do Responsável 70-Data local e Assinatura do Responsável 71-Data local e Assinatura do Responsável 72-Data local e Assinatura do Responsável 73-Data local e Assinatura do Responsável 74-Data local e Assinatura do Responsável 75-Data local e Assinatura do Responsável 76-Data local e Assinatura do Responsável 77-Data local e Assinatura do Responsável 78-Data local e Assinatura do Responsável 79-Data local e Assinatura do Responsável 80-Data local e Assinatura do Responsável 81-Data local e Assinatura do Responsável 82-Data local e Assinatura do Responsável 83-Data local e Assinatura do Responsável 84-Data local e Assinatura do Responsável 85-Data local e Assinatura do Responsável 86-Data local e Assinatura do Responsável 87-Data local e Assinatura do Responsável 88-Data local e Assinatura do Responsável 89-Data local e Assinatura do Responsável 90-Data local e Assinatura do Responsável 91-Data local e Assinatura do Responsável 92-Data local e Assinatura do Responsável 93-Data local e Assinatura do Responsável 94-Data local e Assinatura do Responsável 95-Data local e Assinatura do Responsável 96-Data local e Assinatura do Responsável 97-Data local e Assinatura do Responsável 98-Data local e Assinatura do Responsável 99-Data local e Assinatura do Responsável 100-Data local e Assinatura do Responsável

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

311655 AMBIO

311655
INTERCÂMBIO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cx/d	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Cx-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura		
1- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	1 HASD		1	3 5 0 0	0 0 0 0		S	15/05/20				
2- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	1 HASE		1	3 5 0 0	0 0 0 0		S	15/05/20				
3- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	1 HAD		1	3 5 0 0	0 0 0 0		S	15/05/20				
4- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	1 HAI		1	3 5 0 0	0 0 0 0		S	15/05/20				
5- 0 0														
6- 0 0														
7- 0 0														
8- 0 0														
9- 0 0														
10- 0 0														
11- 0 0														
12- 0 0														
13- 0 0														
14- 0 0														
15- 0 0														

43- Data Prescrição: Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Coparticipação 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) /distr(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, o reembolso ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, SIA/SINITE	15/10/2020	<i>Barbosa</i>
51 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	15/10/2020	<i>Barbosa</i>
52 - Data local e Assinatura do Beneficiário - Responsável	15/10/2020	<i>X Renner, mãe</i>
53 - Data local e Carimbo da Empresa	15/10/2020	

Dra. Danilza Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
 CRÓSP 73956

313628
INTERCÂMBIO313628
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado recebidos pelo "sistema"									
FE-Atendimento ao RN									
17-Nome do Profissional Solicitante									
DANIELA FERNANDES DE BARROS									
18-Número no CBO									
73956									
19-Idade									
SP									
20-Código CBO S									
21-Código no CNPJ									
22-Nome do Contratado Expectante									
DANIELA FERNANDES DE BARROS									
23-Número no CBO									
73956									
24-Idade									
SP									
25-Código CNES									
26-UF									
27-Número no CNPJ									
28-UF									
29-Código CBO S									

[illegible]

4.3 Data Fim do Tratamento	4.4 Tipo de Atendimento	45. Tipo de Pagamento	46. Valor Global em US\$	47. Valor Total em R\$	48. Total Pago, a Participante em R\$
11/11	☒ 1 Tratamento Odontológico e 2 Exame Radiológico e 1 Urgência/emergência	☐ 1 Total 2 Paciente	3410,00	10,00	

Declaro que após ter sido devidamente estudado sobre os procedimentos odontológicos, o paciente autoriza a realização do tratamento odontológico, conforme acima apresentado, sob a condição de pagamento em parcelas mensais de R\$ 10,00 (dez reais), a serem pagas até o dia 10 de cada mês, a partir de 10/11/2011, até o dia 10/12/2011, totalizando 12 parcelas. O paciente declara ainda que c/ os procedimentos (desenho) acima e a ser realizados, não haverá realização de outros procedimentos, 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, compreendendo-se a soma com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Profissional: _____

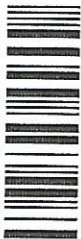
43ª Reunião e Assembleia de Geralistas - Diretoria Secundária	15/05/2020	15/05/2020	15/05/2020	15/05/2020
5ª Reunião Local e Assembleia 2ª e 3ª Conjuntos - Diretoria	15/05/2020	15/05/2020	15/05/2020	15/05/2020
52ª Reunião Local e Assembleia de Beneficência - Rápido e leve	15/05/2020	15/05/2020	15/05/2020	15/05/2020
53ª Reunião Local e Assembleia de Beneficência - Rápido e leve	15/05/2020	15/05/2020	15/05/2020	15/05/2020

Dra. Daniela Fernandes de
Cirurgiã-dentista

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



313637

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 15/10/2010	4-Dia de Autorização 18/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7565841	7-Dia Validado da Senha 13/10/2010
8-Número da Carteira 01012102511015101610114676011					
9-Nome do Beneficiário WALMIR OLIVEIRA PEDRO					
10-Endereço POS REDE PRESTADORA					
11-Dia Validado da Senha 18/10/2010					
12-Número do Cartão Nacional do Estado					
13-Nome WALMIR OLIVEIRA PEDRO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano WALMIR OLIVEIRA PEDRO					
16-Atendimento a RN 06/07/1963					
17-Número do Profissional Solicitante DANIELA FERNANDES DE BARROS					
18-Número do CNPQ 73956					
19-UF SP					
20-Código CBO S SP					
21-Código da Operadora - CNPJ - CTP DANIELA FERNANDES DE BARROS					
22-Número do CNPJ 73956					
23-Número do CNPJ 73956					
24-UF SP					
25-Código CBO S SP					
26-Nome do Profissional Exercitante DANIELA FERNANDES DE BARROS					
27-Número do CNPJ 73956					
28-UF SP					
29-Código CBO S SP					
30-Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados					

30-Data	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Injeto	34-Face	35-2nd	36-Quantidade US	37-Dia	38-Faturar em Dólar	39-AUT	40-Código de Referência	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	0	0	1	0	0	1	9	8				
2	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
3	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
4	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
5	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
6	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
7	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
8	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
9	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
10	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
11	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
12	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
13	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
14	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
15	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
16	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
17	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
18	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
19	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
20	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
21	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
22	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
23	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
24	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
25	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
26	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
27	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
28	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
29	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
30	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
31	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
32	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
33	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
34	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
35	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
36	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
37	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
38	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
39	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
40	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
41	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
42	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
43	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
44	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
45	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
46	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
47	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
48	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
49	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		
50	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8		

Declaro, que após ler este documento esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações de pagamento de profissional assistente e encar com os custos previstos em referências ao tratamento, realizando, comprovando-me a estar com os custos conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional, quem atado que assina este documento, os valores.

51-Data Total e Assinatura do Paciente 18/05/20	52-Data Total e Assinatura do Profissional Responsável 18/05/20	53-Data Total e Assinatura da Empresa 18/05/20
--	--	---

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956