

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20211123004037096000113

Número da Nota

00002076

Data e Hora de Emissão

23/11/2021 06:51:03

Código de Verificação

KESA-XQ3D**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **04.037.096/0001-13**Inscrição Municipal: **2.960.002-8**Nome/Razão Social: **CEMAO CONSULTORIO ELISETE M ANTONIASSI DE ODONTOLOGIA EIRELI**Endereço: **AV PAES DE BARROS 01637 - MOOCA - CEP: 03115-001**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA**CPF/CNPJ: **78.738.101/0001-61**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R RUA IRMA FLAVIA BORLET 197 - HAUER - CEP: 81630-170**Município: **Curitiba**UF: **PR**E-mail: **vendasonline@uniodontocuritiba.com.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 477,60

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
04693 - Odontologia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	477,60	2,00%	9,55	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Estabelecimento impedido de recolher o ICMS/ISS pelo Simples Nacional, nos termos do § 1º do art. 20 da Lei Complementar nº 123, de 2006.;



724368
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/09/21	4-Data de Autorização 30/09/21	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9123459	7-Data Validade da Serão 29/12/21
8-Número da Carteira 00202539421700000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome GILMAR LOIOLA DA SILVA			
14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GILMAR LOIOLA DA SILVA			
16-Atendimento a RM N					
17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO		18-Número no CRO 45287		19-UF SP	
20-Código CBO S 11		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	
23-Número no CRO 45287		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287		28-UF SP	
29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			

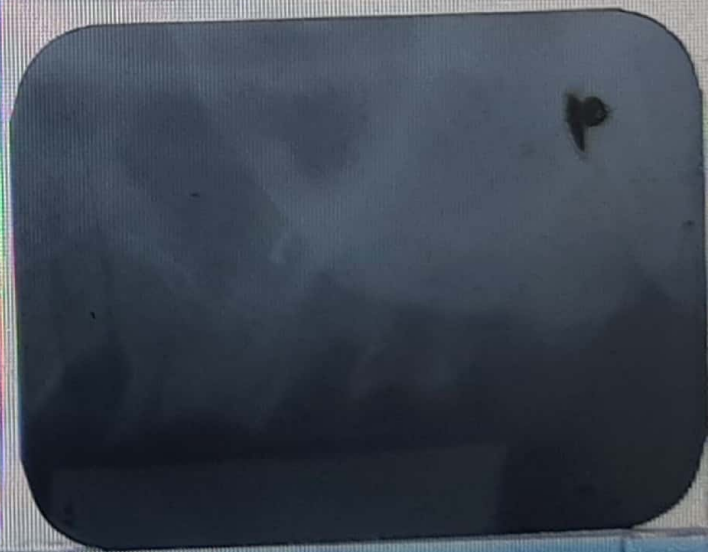
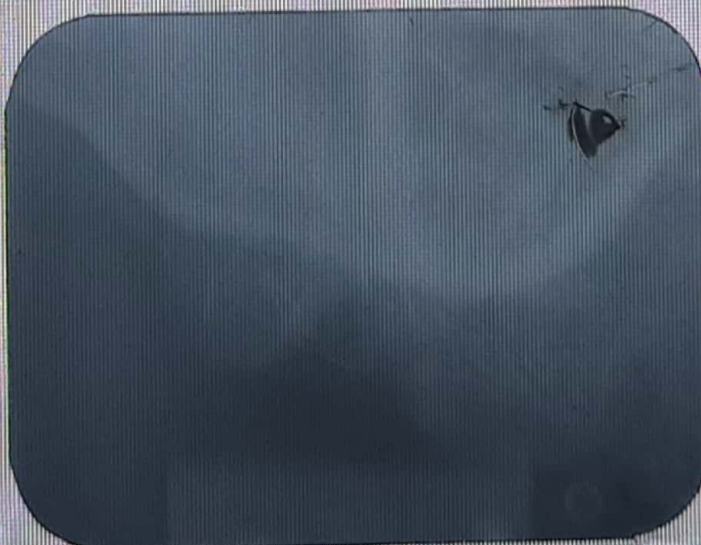
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00			30/09/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00			30/09/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00			30/09/21		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00			30/09/21		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	61,00	0,00			30/09/21		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00			30/09/21		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 no 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	Dr. Elise M. Antonassi Periodontista CRO SP 45.287	Dr. Elise M. Antonassi Periodontista CRO SP 45.287	50-City, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/09/21	51-City, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/21	52-City, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/21	53-City, local e Carimbo da Empresa 30/09/21
---------------	--	--	---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502





627925
INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8840160	7-Data Validade da Senha 19/11/2012
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
9-Número da Carteira 00202539558700000101		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome SERGINALDO JOSE DE GODOY			
14-Telefone 02/07/1971		15-Nome do titular do plano SERGINALDO JOSE DE GODOY			
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO					
18-Número no CRO 45287		19-UF SP		20-Código CBO S 11	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287	
24-UF SP		25-Código CNES		025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287		28-UF SP	
29-Código CBO S					

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00	0,00			26/07/2012		
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00	0,00			26/07/2012		
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	21		1	73,00	0,00			26/07/2012		
4	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	22		1	73,00	0,00			26/07/2012		
5	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00			26/07/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Dr. Elisete M. Antonassi
Periodontista
CRO SP 45.287

43-Data Previsto 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 365,00	47-Valor Total R\$ R\$ 365,00	48-Total Franquia/Co-participação R\$ R\$ 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) 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 26/07/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Elisete M. Antonassi Periodontista CRO SP 45.287	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/07/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMAO CRO/SP 5502
---------------	---	---	---	---



700675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/09/21	4-Data de Autorização 13/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9047254	7-Data Validade da Senha 12/12/21
8-Definição do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202541365000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ZACARIAS BATISTA DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ZACARIAS BATISTA DOS SANTOS	
16-Atendimento a PN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO		18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			20/09/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			20/09/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			20/09/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			20/09/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			20/09/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) 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 20/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/09/21
---------------	---	---	---	---

Dr. Elisete M. Antonassi
Periodontista
CRO. SP 45.287

Dr. Elisete M. Antonassi
Periodontista
CRO. SP 45.287

CEMAO
CRO/SP 5502



711148
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/21	4-Data de Autorização 21/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9081602	7-Data Validade da Senha 20/11/21
8-Data do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202510550600246001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE INACIO FIRMINO		14-Telefone 28/09/1967	15-Nome do Titular do plano JOSE INACIO FIRMINO		
16-Atendimento a RM N					
17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO		18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO B 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	28-UF SP	29-Código CBO B	

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	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			21/09/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Dr. Elisete M. Antonassi
Periodontista
CRO-SP 45.287

43-Data Previsto 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 no 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 21/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Elisete M. Antonassi Periodontista CRO-SP 45.287 21/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMAO CRO/SP 5502 21/09/21
---------------	---	---	---	---

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2021

Razão Social: CEMAD-CONSULTORIO ELISETE M. ANTONIASSI DE ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 04037098000113 (CEMAD)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 45267/SP

Cirurgião Dentista: (1221) - ELISETE MARIA ANTONIASSI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
627925 - I	SERGINALDO JOSE DE GODOY (00202539558700000101)		21/07/2021	365	0.4	R\$ 146,00
700675 - I - A	ZACARIAS BATISTA DOS SANTOS (00202541365000000101)		13/09/2021	178	0.4	R\$ 71,20
709630 - I - A	ADEMIR SERGIO SALINAS ESPEJO (00202510550601370901)		20/09/2021	178	0.4	R\$ 71,20
711148 - I	JOSE INACIO FIRMINO (00202510550600246001)		21/09/2021	34	0.4	R\$ 13,60
719221 - I - A	ADEMIR SERGIO SALINAS ESPEJO (00202510550601370901)		27/09/2021	73	0.4	R\$ 29,20
724368 - I - A	GILMAR LOIDLA DA SILVA (00202539421700000101)		30/09/2021	366	0.4	R\$ 146,40

Totalizador					
				Nº de USOs:	1194
				Nº de atendimentos:	6
				Valor:	R\$ 477,60

Totalizador da Operadora					
				Nº de USOs:	1194
				Nº de atendimentos:	6
				Valor:	R\$ 477,60

Totalizador da Clínica					
				Nº de USOs:	1194
				Nº de atendimentos:	6
				Valor:	R\$ 477,60

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

A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 12/12/2021 11:48

Página 1 de 1



709630
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/09/21	4-Data de Autorização 20/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9076416	7-Data Validade de Senha 19/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601370901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADEMIR SERGIO SALINAS ESPEJO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADEMIR SERGIO SALINAS ESPEJO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	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			27/09/21		Ademir
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			27/09/21		Ademir
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			27/09/21		Ademir
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			27/09/21		Ademir
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			27/09/21		Ademir
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 no 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	Dr. Elisete M. Antonias Periodontista CRO SP 45.287	Dr. Elisete M. Antonias Periodontista CRO SP 45.287
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/09/21 Ademir S. Salinas
		53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMAO CRO/SP 5502



719221
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/09/21	4-Data de Autorização 27/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9106675	7-Data Validade da Senha 26/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601370901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADEMIR SERGIO SALINAS ESPEJO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADEMIR SERGIO SALINAS ESPEJO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	27/09/21		Ademir
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	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 no 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 27/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/09/21 <i>Dr. Ademir Salinas Espejo</i> CRO-SP 45.287	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/09/21 <i>Ademir Salinas Espejo</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/09/21 CEMAO CRO/SP 5502
---------------	---	--	---	--



