

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Razão Social: C R O | - CENTRO DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E IMAGINOLOGIA S

CNPJ: 08668148000100 (C.I.R.O CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA IPAMERI)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 11854/GO

Cirurgião Dentista: (16247) - LETICIA SILVA CARDOSO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
374671 - I	CARLA SANTOS DA SILVA (00202531391200000101)		14/09/2020	78	0.58	R\$ 45,24
385305 - I	LUIZ FERNANDO ASSIS SILVA (00202531374100000101)		29/09/2020	222	0.59	R\$ 130,98
388398 - I	INGRYD MARTINS PINHEIRO (00202532195500000101)		02/10/2020	78	0.58	R\$ 45,24
388399 - I	INGRYD MARTINS PINHEIRO (00202532195500000101)		02/10/2020	222	0.59	R\$ 130,98
393562 - I	MARY DAISY SOUZA DE OLIVEIRA (00202530667700000102)		09/10/2020	346	0.49	R\$ 169,54
400612 - I	LUZIA PEREIRA DA SILVA (00202502916000026502)		21/10/2020	96	0.57	R\$ 54,72
400672 - I	LIVIA MARTINS MONTEIRO (00202531754900000101)		21/10/2020	78	0.58	R\$ 45,24
400672 - I	LIVIA MARTINS MONTEIRO (00202531754900000101)		21/10/2020	222	0.59	R\$ 130,98

Totalizador

N° de USOs: 1342
N° de atendimentos: 7
Valor: R\$ 752,92

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 1342
N° de atendimentos: 7
Valor: R\$ 752,92

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 1342
N° de atendimentos: 7
Valor: R\$ 752,92

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: 03/11/2020 16:37

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/4/09/20

4-Data de Autorização
11/7/09/20

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7867953

7-Data Validade da Senha
11/3/11/20

374671
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010201253139120000101

9-Piloto
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
CARLA SANTOS DA SILVA

18/01/1998

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CARLA SANTOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a R/N
N LETICIA SILVA CARDOSO

22-Nome do Contratado Executante
LETICIA SILVA CARDOSO

18-Número no CRO
11854

23-Número no CRO
11854

19-UF
GO

24-UF
GO

20-Código CBO S
025 -

25-Código CNES
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
00888579136

26-Nome do Profissional Executante
LETICIA SILVA CARDOSO

27-Número no CRO
11854

28-UF
GO

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/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
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	00	0,00			17/09/20		Carla
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição, Término do Tratamento
11/09/2020

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
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 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
11/11/09/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/09/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/09/20

53-Data, local e Caimento da Empresa

CNPJ: 08.668.148/0001-00
Carla Santos da Silva

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Carla Santa de Silva*

- PANORAMICA (DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS E TERCEIROS MOLARES).

GOIANIA, *11* / *8* / *20*

Dra. Jádria Barbosa Martini
Cirurgiã Dentista
CRO-GO 16203

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

**Rua 2, n° 45. 5° ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO**

2-N



2009831

dentista

CR01

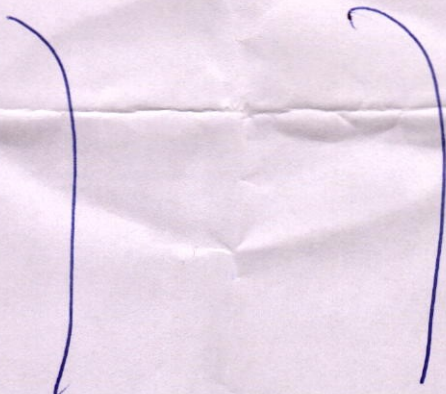
NPJ:08.668.148/9901-00

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

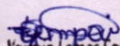
53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/10/20

Luiz Fernando Brito Silva

Solicitor RX check-up → com finalidade de avaliar doença periodontal.



Co. 25.09.2020


Dr. Vitor Lemes Sampaio
Cirurgião - Dentista
CRO 13010

2-N

 20050074

388398
INTERCÂMBIO

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano

INGRYD MARTINS PINHEIRO

[illegible]

023 -
Faturar Empresa

Enviaar - RX
(1) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Roço	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
------------	----------------------------	---------------	----------------	----------	---------	-------------------	-----------	----------------------------------	---------	------------------------	---------------------	----------------

1-0 0 1 0 0 0 4 0 5 RADIOGRAFIA PANORĂMICA 1 7 8 10 0 0 0 0 0 0 0 5 05/10/20 X-ray

[illegible]

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. _____

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

6

[illegible][illegible]

14

43-Data Previsão 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\$
15					

43-Data Previsão Término do Tratamento	05/10/2020
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	78,00
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 a carar com os custos previstos no Tratamento realizado, compondo-me à arca com os custos como descritos(s) acima, e por mim assinado(s), foliofram 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 elementos no Tratamento realizado, compondo-me à arca com os custos como descrito.

49-Observação

2021-00

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

[illegible]

Dentista _____
 CNP: 108.668.148/0001-00
 52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 05/11/2017 Ingrid Martins
 Pinheiro

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: Ingrid Martin Penhais

- **PANORAMICA (DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS E TERCEIROS MOLARES).**

GOIANIA, 1 / 10 / 20

Dra. Júlia Barbosa Martini
Cirurgiã Dentista
CBO-GO 16203



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



20010074

Identificação para o(a) dentista

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10	4-Data de Autorização 05/11/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7927846	7-Data Válida da Senha 13/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

388399
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202532195500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome INGRYD MARTINS PINHEIRO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do Titular do plano INGRYD MARTINS PINHEIRO
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO	18-Número no CRO 11854	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00088579136	22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO	23-Número no CRO 11854	24-UF GO	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante LETICIA SILVA CARDOSO	27-Número no CRO 11854	28-UF GO	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenierRegião	34-Faixa	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000294	LEVANTAMENTO		1		222100	0,00			05/10/20		X Ingrid
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

05/10/10	12-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
----------	---

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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

05/11/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CNPJ: 08.668.148/0001-00
Ingrid Martins Pinheiro

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

PACIENTE: *Ingrid Martins Penheiro*

- **LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (AVALIAÇÃO ENDODONTICA E PERIODONTAL SUSPEITA DE LESÃO INTRAOSSEA, E ATIVIDADE DE CÁRIE).**

GOIANIA, 1 / 10 / 20

Dra. Júlia Barbosa Martini
Cirurgiã Dentista
CRO GO 16203
[Assinatura]

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

**Rua 2, n° 45. 5° ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO**



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 4-Data de Autorização 11/14/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7948913 7-Data Validade da Guia 10/17/11 8-Data Validade da Guia 11/12/11

393562 INTERCÂMBIO

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARY DAISY SOUZA DE OLIVEIRA

04/07/2007

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MAPARRE CAMILO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO

18-Número no CRO 11854

19-UF GO

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/08/85/79136

22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO

23-Número no CRO 11854

24-UF GO

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LETICIA SILVA CARDOSO

27-Número no CRO 11854

28-UF GO

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0346	DOC ORTODONTICA "B"		1		346,00	0,00			11/10/11		Assine
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data/Revisão Tempo do Tratamento 14/10/11

44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Fractal

46-Total Quantidade US 346,00

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(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 14/10/11

CRP 01-108.668-148.999-00

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/11

53-Data, local e Cambio da Empresa

Assine Camilo da Souza Filiano

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO

ORTODÔNTICA

PACIENTE: *Mary Daisy Souza de Oliveira*

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA
- TELERRADIOGRAFIA (USP-McNAMARA) RICKETTS
- FOTOGRAFIAS INTRA E EXTRABUCAIS
- MODELOS DE ESTUDO
- PASTA PVC
- RAIO X PERIAPICAIS (SERIE COMPLETA)
(Avaliação Ortodôntica)

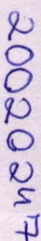
GOIANIA, 09 / 10 / 20

Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRM - GO 5723

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

2-N

400612
INTERCÂMBIO12-Numero do Cartão Nacional de SaúdeCARLOS ALBERTO LICIO MACHADO

17-Nome do Profissional Solicitante
LETICIA SILVA CARDOSO

22-Nome do Contratado Executante
LETICIA SILVA CARDOSO

27-Número no CRO
11854

28-UF
GO

Indigo CBO S

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000413

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

RADIOGRAFIA PANORĂMICA

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

☒ 1-Total ☐ 2-Parcial

20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 23/10/20

2-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

18- Obediência

49-Observação

Luiz Pereira da Silva

Panorâmica com traçado p/ implante

Justificativa: Possível Implante

20.10.2020



Dr. Luís Paulo Licursi
Cirurgião Dentista - Ortodontista
CRO - GO 6723

62. 3223-0710 / 62. 3224-5971 / 62. 99162-9811

Rua 2, nº 45. 5º ANDAR, ED. WALTER BITTAR, CENTRO
CEP: 74013-020 - GOIÂNIA-GO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



20099527

1-Registro ANS 406414 3-Diário de Emissão da Guia 21/11/2012 14-Data de Autorização 12/2/11 01/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7978178 7-Data Validade da Senha 19/10/11 21 400672 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253175490000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome LIVIA MARTINS MONTEIRO

14/01/1984

14-Telefone () - - - - -

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

15-Nome do titular do Plano LIVIA MARTINS MONTEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0088579136 22-Nome do Contratado Executante LETICIA SILVA CARDOSO

25-Nome do Profissional Executante LETICIA SILVA CARDOSO

18-Número no CRO 11854

23-Número no CRO 11854

19-UF GO

24-UF GO

20-Código CBO S

25-Código CNES

26-UF GO

29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

(1) 81000405

Planos 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-Mofo da Glor	42-Assinatura
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00	0,00	5	22/10/20	10,00	10,00
2-00	8100405	LEVANTAMENTO		1	1	22,00	0,00	0,00	5	22/10/20	10,00	10,00
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/2020

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 30,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 22/11/10/20 Livia Monteiro

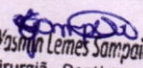
53-Data, local e Carimbo da Empresa

CPJ: 08.688.146/0001-00

laívia martins monteiro

solicito Rx check-up → avaliar doença periodontal

Rx panorâmica → avaliar necessidade de extração de siso.


Drª Vasmun Lemes Sampaio
Cirurgiã - Dentista
CRO 13010

09.13.10.20