

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JULHO/2020

CRO: 102997/SP

Cirurgião Dentista: (15774) - GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
299598 - I	RUAN MORALES DA SILVA (00202525846200000103)		11/03/2020	122	0.3	R\$ 36,60
302102 - I	VITORIA RAYSSA DA SILVA LOPES (00202529090100000102)		16/03/2020	122	0.3	R\$ 36,60
314810 - I	JOSE PAULO GOMES SARAIVA (00202510550600100401)		19/05/2020	178	0.3	R\$ 53,40
323655 - I	ADEMIR DE VICENTE (00202507366700574901)		12/06/2020	178	0.3	R\$ 53,40
326077 - I	VITORIA RAYSSA DA SILVA LOPES (00202529090100000102)		18/06/2020	795	0.3	R\$ 238,50
328165 - I	ROSANA DE JESUS SILVA (00202524399200000101)		22/06/2020	178	0.3	R\$ 53,40
328166 - I	MAICON ARAUJO DA SILVA (00202524399200000102)		22/06/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador por Operadora

Nº de USOs: 1751
Nº de atendimentos: 7
Valor: R\$ 525,30

Totalizador

Nº de USOs: 1751
Nº de atendimentos: 7
Valor: R\$ 525,30

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: 27/06/2020 15:36



326077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/06/20	4-Data de Autorização 18/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7642199	7-Data Validade da Senha 16/09/20
8-Dados do Beneficiário			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 0020252909010000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITORIA RAYSSA DA SILVA LOPES			14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LEONARDO RAMOS LOPES
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		18-Número no CRO 102997
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851			22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		23-Número no CRO 102997
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS			27-Número no CRO 102997		28-UF SP
			29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 82001286-48

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-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00	S	18/06/20			Vitoria
2-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00	S	18/06/20			Vitoria
3-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00	S	18/06/20			Vitoria
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/06/20	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 795,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
49-Observação					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/20 <i>Gabriela E. Campos</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/20 <i>Gabriela E. Campos</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/20 <i>Vitoria</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/06/20
---	---	--	---



314810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7572846	7-Data Validade da Senha 17/08/20
8-Número da Carteira 00202510550600100401		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 PAULO GOMES SARAIVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE PAULO GOMES SARAIVA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS			18-Número no CRO 102997	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		23-Número no CRO 102997	24-UF SP
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		27-Número no CRO 102997	28-UF SP
29-Código CBO S					

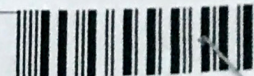
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/06/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/06/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	10/06/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		
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 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 10/06/20 <i>Gabriela E. Campos</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 10/06/20 <i>Gabriela E. Campos</i> CROSP 102997	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/20 <i>Jose Paulo Gomes Saraiva</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/20
---	--	---	---



299598
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/2013 4-Data de Autorização 19/10/2013 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7472603 7-Data Validade da Senha 09/10/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252584620000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome RUAN MORALLES DA SILVA 14-Telefone 01/06/2001 15-Nome do titular do plano SANDRA MARIA DA SILVA MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS 18-Número no CRO 102997 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851 22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS 23-Número no CRO 102997 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS 27-Número no CRO 102997 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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	09/06/2013		X [Assinatura]
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	09/06/2013		X [Assinatura]
3-												
4-												
5-												
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 122,00 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 09/06/2013 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/06/2013 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/2013 [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa



302102
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/20	4-Data de Autorização 19/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7485363	7-Data Validade da Senha 14/06/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529090100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VITORIA RAYSSA DA SILVA LOPES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO RAMOS LOPES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	18-Número no CRO 102997	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	23-Número no CRO 102997	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		27-Número no CRO 102997	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
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		
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	14/06/20		Alvina
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	14/06/20		Alvina
3-												
4-												
5-												
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 122,00	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:
Imagem analisada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/06/20 <i>Gabriela E. Campos</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 19/06/20 <i>Gabriela E. Campos</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/06/20 <i>Vitoria Rayssa</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



323655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 1 6 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7630181	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADEMIR DE VICENTE				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADEMIR DE VICENTE			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		18-Número no CRO 102997		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 5 7 0 9 7 4 6 8 5 1		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		23-Número no CRO 102997		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS				27-Número no CRO 102997		28-UF SP		29-Código CBO S			

30-Tabella	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
1-0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00			16/06/20		
2-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0,00			16/06/20		
3-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0,00			16/06/20		
4-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0,00			16/06/20		
5-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0,00			16/06/20		
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 1 7 8 0 0	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 Criação-Denúncia Solicitante 16/06/20 <i>Gabriela E. Campos</i>	51-Data, local e Assinatura do Criação-Denúncia Dentista 16/06/20 <i>Gabriela E. Campos</i> CROSP 102997	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/20 <i>Ademir de Vicente</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--



328165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 2 3 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7651733	7-Data Validade da Senha 2 0 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 4 3 9 9 2 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSANA DE JESUS SILVA		14-Telefone (1 1) 6 5 6 9 - 1 5 5 2	15-Nome do titular do plano ROSANA DE JESUS SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	18-Número no CRO 102997	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 5 7 0 9 7 4 6 8 5 1	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS	23-Número no CRO 102997	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		27-Número no CRO 102997	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	23 06 20		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	23 06 20		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	23 06 20		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	23 06 20		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	23 06 20		
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 1 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 23/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 23/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 23/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



328166
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/20	4-Data de Autorização 23/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7651741	7-Data Validade da Senha 20/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário 00202524399200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAICON ARAUJO DA SILVA		14-Telefone 11 6569-1552	15-Nome do titular do plano ROSANA DE JESUS SILVA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		18-Número no CRO 102997	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35709746851		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		23-Número no CRO 102997	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA ESTEVES DE CAMPOS		27-Número no CRO 102997		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 Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/20		xm
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/06/20		xm
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		xm
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/06/20		xm
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		xm
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 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 23/06/20 <i>Gabriela S. Campos</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/20 <i>Gabriela S. Campos</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20 <i>Rosana de Jesus Silva</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__
---	---	--	--