



1-Registro AAB		
406614		
2-Data de Emissão da Guia	10/8/11	12/12/5
3-Data de Autuação	1/1/11	1/1/11
4-Sereta		
5-Chave da Guia principal	14702618	
7-Dia Validade da Sereta	10/6/11	02/12/16

13-Idade HELOISA URBANOWICZ		14-Tipo de Contrato Contrato Rescisório por Trânsito	
15-Data de Nascimento 01/02/2017		16-Data de Nascimento 01/02/2017	
17-Data de Nascimento 01/02/2017		18-Data de Nascimento 01/02/2017	
19-Data de Nascimento 01/02/2017		20-Data de Nascimento 01/02/2017	
21-Data de Nascimento 01/02/2017		22-Data de Nascimento 01/02/2017	
23-Data de Nascimento 01/02/2017		24-Data de Nascimento 01/02/2017	
25-Data de Nascimento 01/02/2017		26-Data de Nascimento 01/02/2017	
27-Data de Nascimento 01/02/2017		28-Data de Nascimento 01/02/2017	
29-Data de Nascimento 01/02/2017		30-Data de Nascimento 01/02/2017	
31-Data de Nascimento 01/02/2017		32-Data de Nascimento 01/02/2017	
33-Data de Nascimento 01/02/2017		34-Data de Nascimento 01/02/2017	
35-Data de Nascimento 01/02/2017		36-Data de Nascimento 01/02/2017	
37-Data de Nascimento 01/02/2017		38-Data de Nascimento 01/02/2017	
39-Data de Nascimento 01/02/2017		40-Data de Nascimento 01/02/2017	
41-Data de Nascimento 01/02/2017		42-Data de Nascimento 01/02/2017	
43-Data de Nascimento 01/02/2017		44-Data de Nascimento 01/02/2017	
45-Data de Nascimento 01/02/2017		46-Data de Nascimento 01/02/2017	
47-Data de Nascimento 01/02/2017		48-Data de Nascimento 01/02/2017	
49-Data de Nascimento 01/02/2017		50-Data de Nascimento 01/02/2017	
51-Data de Nascimento 01/02/2017		52-Data de Nascimento 01/02/2017	
53-Data de Nascimento 01/02/2017		54-Data de Nascimento 01/02/2017	
55-Data de Nascimento 01/02/2017		56-Data de Nascimento 01/02/2017	
57-Data de Nascimento 01/02/2017		58-Data de Nascimento 01/02/2017	
59-Data de Nascimento 01/02/2017		60-Data de Nascimento 01/02/2017	
61-Data de Nascimento 01/02/2017		62-Data de Nascimento 01/02/2017	
63-Data de Nascimento 01/02/2017		64-Data de Nascimento 01/02/2017	
65-Data de Nascimento 01/02/2017		66-Data de Nascimento 01/02/2017	
67-Data de Nascimento 01/02/2017		68-Data de Nascimento 01/02/2017	
69-Data de Nascimento 01/02/2017		70-Data de Nascimento 01/02/2017	
71-Data de Nascimento 01/02/2017		72-Data de Nascimento 01/02/2017	
73-Data de Nascimento 01/02/2017		74-Data de Nascimento 01/02/2017	
75-Data de Nascimento 01/02/2017		76-Data de Nascimento 01/02/2017	
77-Data de Nascimento 01/02/2017		78-Data de Nascimento 01/02/2017	
79-Data de Nascimento 01/02/2017		80-Data de Nascimento 01/02/2017	
81-Data de Nascimento 01/02/2017		82-Data de Nascimento 01/02/2017	
83-Data de Nascimento 01/02/2017		84-Data de Nascimento 01/02/2017	
85-Data de Nascimento 01/02/2017		86-Data de Nascimento 01/02/2017	
87-Data de Nascimento 01/02/2017		88-Data de Nascimento 01/02/2017	
89-Data de Nascimento 01/02/2017		90-Data de Nascimento 01/02/2017	
91-Data de Nascimento 01/02/2017		92-Data de Nascimento 01/02/2017	
93-Data de Nascimento 01/02/2017		94-Data de Nascimento 01/02/2017	
95-Data de Nascimento 01/02/2017		96-Data de Nascimento 01/02/2017	
97-Data de Nascimento 01/02/2017		98-Data de Nascimento 01/02/2017	
99-Data de Nascimento 01/02/2017		100-Data de Nascimento 01/02/2017	

16-Advertimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA THAINARA ALVES DA SILVA	18-Número no CRO 24563	19-UF SC	20-Código CBO 3	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNU / CPF 3 4 2 6 3 2 9 1 0 0 1 2 2	22-Nome do Contratado Empregador PROSPERA ODONTOLOGIA E SAUDE LTDA	23-Número no CRO 24563	24-UF SC	25-Código CIES 99999999	
26-Nome do Profissional Empregador MARIA THAINARA ALVES DA SILVA	27-Número no CRO 24563	28-UF SC	29-Código CBO 5		

30- Tabela	31- Colégio do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Material/Co-participação R\$	39- Anus	40- Data de Proctologia	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 0 0	0 0 0 0		1 1 1 1 2 1 2 1 5			
2- 0 0	8 4 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		7 2 0 0	0 0 0 0		1 1 1 1 1 1 1 1 5			
3- 0 0												
4- 0 0												
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 Anestésico	45- Tipo de Tratamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Financeiro (Co-participação) R\$							
0 0 0 0 0 0 0 0	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontograma 4- Aplicação/Enfermagem	1- Total 2- Preço	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0							

Declaro que, após ler e/ou documentar, esclarecer sobre as opções e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo a cumprir as orientações do profissional assinante e area com os custos previstos em contrato. Deixo ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a por mim assinado(s) com meu consentimento e de forma voluntária. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores devidos ao tratamento realizado, compreendendo a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

4.9 - Ocorrenciaço

50) Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/12 21/25	51) Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12 21/25	52) Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12 21/25	53) Data, local e Causo da Empresa 11/11/12 21/25
--	--	--	--

Dr. Maria Freixo de Alva
Cirurgia-Dentista
CPF: 24563

Dr. Maria-Pamela Albu
Cirurgia Dentista
CRO/SC 24563