



307780

1-Registro ANVISA 438414	2-Data de Emissão da Guia (2/2/04/2/0)	3-Data de Autorização (2/2/04/2/0)	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50161844	6-Data de Vencimento da Guia (2/1/07/2/0)
-----------------------------	---	---------------------------------------	-------------------------	--	--

7-Endereço do Beneficiário 00379994083748751	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DOR DE G	10-Data de Início do Contrato / /	11-Número do Contrato Nacional de Saúde 701402654665530
12-Nome ELIZABETH MICHELE SILVA DE FAR	13-Data de Nascimento 27/05/1983	14-Profissão ()	15-Nome do Membro do Plano ELIZABETH MICHELE SILVA DE FAR	

16-Atendimento a R.O. N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	18-Número do CRO 35861	19-UF RJ	20-Código CRO E
21-Código do Operador / CRO/O CRO (1/0/6/5/4/1/7/9/7/7/8)	22-Nome do Contratado Estabelecido BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	23-Número do CRO 35861	24-UF RJ	25-Código CRO E
26-Nome do Profissional Estabelecido BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		27-Número do CRO 35861	28-UF RJ	29-Código CRO E

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Realizados

32-Fluxo	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dentista/Fluxo	36-Paciente	37-Data	38-Quantidade US	39-Valor	40-Fluxo/Valor/Quantidade US	41-Data de Realização	42-Nome do Dentista	43-Assinatura
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	10,00			
2	0085300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	15			1	8,00	0,00			
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

44-Data Prevista Término do Tratamento / /	45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Estudo Radiológico 3-Consultas 4-Orçamentos/Impressões	46-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total US 42,00	48-Valor Total R\$ 0,00	49-Valor Total Franco / Contraprestação R\$ / /
---	--	--	----------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim autorizado(s), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Assinatura <i>BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS</i>	51-Data, local e Assinatura do Contratado Estabelecido 27/05/04 RJ <i>BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/05/04 RJ <i>ELIZABETH MICHELE SILVA DE FAR</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa 27/05/04 RJ <i>INSTITUTO DOR DE G</i>
---	--	--	---

54-Data, local e Assinatura do Operador - Contrato Solidário 27/05/04 RJ <i>BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS</i>	55-Data, local e Assinatura do Operador - Contrato Solidário 27/05/04 RJ <i>BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS</i>	56-Data, local e Assinatura do Operador - Contrato Solidário 27/05/04 RJ <i>BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS</i>	57-Data, local e Assinatura do Operador - Contrato Solidário 27/05/04 RJ <i>BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS</i>
--	--	--	--