

960005

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	000202510550600577704
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira	___/___/___

13-Nome	14-Relação	15-Nome do titular do plano
QUENA BATISTA DA CRUZ	()	CLARICE SILVA DE ASSIS
20/11/1965		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Alinhamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Alinhamento no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	DJAMARA RIOS SANTOS	84656	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	04632748650
22-Nome do Confiado Exatamente	DJAMARA RIOS SANTOS
23-Número no CRO	84656
24-UF	SP
26-Código CNES	
Enviar - RX (1) 85100218	

28-Nome do Profissional Exercitante	27-Arquivo no CRO	28-Uf	29-Código CBO 8
DJAMARA RIOS SANTOS	84656	SP	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MOP	1	1	2,00	0,00	S	12/05/2011		[Assinatura]
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento
☐ 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\$
☐ 1-Total 2-Parcial ☐ 1 2 2 0 0 ☐ 0 0 0 ☐

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.

50-Data, local e Assinatura do Circulante-Dentista Solicitante 11/21/05/11 22 Pereira /ms	51-Data, local e Assinatura do Circulante-Dentista 11/21/05/11 22 Pereira /ms	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/21/05/11 22 /ms	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/21/05/11 22 Drª Diamara Rios Santos
---	---	--	--

CFO SP: 84656