



24

642367
INTERCÂMBIO[illegible]

N		18-Número no CNIO		19-Uf		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa
BARBARA STACHERA		30197		PR				
21-Nome do Profissional Solicitante		22-Nome do Contribuinte Exercitante		24-Uf		25-Código CNES		
BARBARA STACHERA		BARBARA STACHERA		PR				
26-Nome do Profissional Exercitante		27-Número no CNIO		28-Uf		29-Código CBO S		
BARBARA STACHERA		30197		PR				

	30-7-Febr	31-Colegio do Procedimento	32-Observção	33-Denúncia/Rapto	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura	
1-	0	8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	54		1	4 9 10 0	0,00	S 1 1 1 / 0 6 / 2 1			X	SFB	
2-	0	0 8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	64		1	4 9 10 0	0,00	S 1 2 1 / 0 6 / 2 1			X	SFB	
3-	0	0 8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	74		1	4 9 10 0	0,00	S 1 1 8 / 0 6 / 2 1			X	SFB	
4-	0	0 8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	84		1	4 9 10 0	0,00	S 1 0 1 / 0 6 / 2 1			X	SFB	
5-	0	0 8 4 0 0 0 1 1 2	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	7 6 10 0	0,00	S 1 1 1 / 0 6 / 2 1			X	SFB	
6-	0	0 8 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 10 0	0,00	S 1 1 1 / 0 1 / 2 1			X	SFB	
7-													X	SFB
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														
43-Data Prevista Término do Tratamento														44-Tipo de Atendimento
☐ / ☐ / ☐														☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ultrapassagem/Enfermagem
45-Tipo de Faturamento														46-Total Quantidade US
☐ 1-Total 2-Parcial														3 0 6 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 apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Deodoro, ainda que c/c(s) procedimento(s) desnecessário(s) acima, e por mim assinado(s), liberto(m) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observation

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

20110812

Dr. Barbara Stachera
Chargée Dentiste
Ciborgiã Dentista
CNO-PR 30197

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/5/10 8/12/10 Cito

CGO-PR 30197

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:

12/11/2014

53-Data, local e Carimbo da Empresa

— 111 —