



Dados do Beneficiário

13-Idem	14-Idem	15-Idem
HENRIQUE CESAR DA SILVA MATHIAS	25/04/1982	(<u>3</u>) <u>9</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>0</u> - <u>1</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u>
		MAYRA DA SILVA MATHIAS

Dados do Contrato: Responsável pelo Tratamento

22-Admão do Contrato de Execução	23-Número do CRO	24-UF	25-Código CUB
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	
21-Código na Operação / CNPJ / CPF			
19-2-6-2-0-8-3-3-7-8-7-			

244 (Cm) do Professor (EABO/LIB)		
ELIANE BISPO DE ALENCAR		
27/06/2009 19:00	16612	
28-07	RJ	
28-07-2009 CAP 8		

Plan de Tratamiento / Procedimientos Colaborados

30-Data de	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Conta	42-Salvamento
1.0.0	8.1.0.0.0.0.6.5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3.4,00		0,00		2.2.08.24		
2.0.0	8.2.0.0.0.0.8.9	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	7.3,00		0,00		05.09.24		
3.0.0	8.2.0.0.0.0.8.9	EXODONTIA DE RAIZ	23		1	7.3,00		0,00		10.09.24		
4.0.0	8.2.0.0.0.0.8.9	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	7.3,00		0,00		10.09.24		
5.0.0	8.2.0.0.0.0.8.9	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	7.3,00		0,00		18.09.24		
6.0.0	8.2.0.0.0.0.8.7.5	EXODONTIA SIMPLES DE	32		1	7.3,00		0,00		18.09.24		
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 Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Data Realização

46-Tipo de Fracamento

47-Total Quantidade US

48-Valor Total R\$

49-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, ainda que c) o procedimento descrito acima, e por mim autorizado, (oficial realizado) com meu conhecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, do profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

49-03587-10

50-201a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	50-201a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	50-201a, local e Assinatura do Remetente / Responsável	50-201a, local e Carimbo da Empresa
11/11/11 11/11/11	11/11/11 11/11/11	11/11/11 11/11/11	11/11/11 11/11/11