



16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CLINICA ORAL D - MATRIZ	4114	AM	04
21-Código na Ordem de Serviço / CNO / CPE	22-Nome do Contratado Especialista	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
5 9 4 4 1 0 3 8 2 5 3	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	4114	AM	
26-Nome do Profissional Especialista	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	4114	AM		

414 -

Faturar Empresa

30-Ítabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	3 4 1 0 0	0 1 0 0		11	14/11/2012	do	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	14/11/2012	do	
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	14/11/2012	do	
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6		V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		11	14/11/2012	do	
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0 1 0 0		11	14/11/2012	do	
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0 1 0 0		11	16/11/2012	do	
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0 1 0 0		11	16/11/2012	do	
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0 1 0 0		11	16/11/2012	do	
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Alimentação												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, 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/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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os propósitos, fins, 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), folharam 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 pagar, com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observation

~~Dra. Kelly M. Mourão Aguiar~~
~~Cirurgiã Dentista~~
~~CRO-AM 4114~~

Dra. Kely Mourão Aguilera
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 4114

52-Duna, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/6/11 11/7/11 20/12/11

53-Dado, local e Carimbo da Empresa