



1-Registro AIS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/10/12 4-Dia de Autuação 11/10/12 5-Sistema PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 451391 7-Dia Validade da Guia 11/10/14 8-Número de Cartão Nacional de Saúde 11/10/12

9-Número da Carteira 010202534113500000010101 10-Flanco POS REDE PRESTADORA 11-Dia Validade da Carteira 11/10/12 12-Número de Cartão Nacional de Saúde 11/10/12

13-Nome PAULO DOS SANTOS 14-7-Relatório 04/1/1967 15-Nome do titular do plano PAULO DOS SANTOS

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 18-Atendimento no CRO 114176 19-UF SP 20-Código CBO S 025

21-Código de Operadora / CNPJ / CNP 131193238854 22-Nome do Contratado Excedente JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 114176 24-UF SP 25-Código CNEB

26-Nome do Profissional Excedente JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 114176 28-UF SP 29-Código CRO S

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Motivo de Grupo	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	00	0,00			11/10/12		
2-												
3-												
4-												
5-												
5-												
5-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Atendimento	46-Tipo de Atendimento	47-Valor Total R\$	48-Total Quantidade US	49-Valor Total R\$	50-Total Quantidade US	51-Tipo de Atendimento	52-Tipo de Atendimento	53-Tipo de Atendimento	54-Tipo de Atendimento	55-Tipo de Atendimento
11/10/12	1	1	1	0,00	34,00	0,00	34,00	1	1	1	1	1

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

46-Observação

Paulo Avila de Oliveira

Paulo Avila de Oliveira

Paulo Avila de Oliveira

Paulo Avila de Oliveira

Paulo Avila de Oliveira

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/12 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/12 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/10/12 53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/10/12 54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/10/12 55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/10/12