



312185

Registro em 408414	Código de Controle do Dente 1 1 0 0 0 0 2 0	Código de Autorização 1 1 1 1 1 1 1	Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO	Registro do Dente Principal 312185	Código de Controle do Dente 0 0 0 0 0 0 2 0
Número do Contrato 0 0 3 7 9 9 4 0 6 4 8 0 1 8 7 7		Plano POS REDE PRESTADORA	Operadora NADIA N P DA SILVA	Código de Controle do Contrato 1 1 1 1 1 1 1	
Nome NAYARA SILVA DE LIMA		Data de Nascimento 28/04/1987	Sexo F	Nome do Dente do Dente NADIA NAZARE PEREIRA DA SILVA	
Nome do Contratante (Pessoa Física ou Jurídica) N		Nome do Profissional Responsável BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	Registro em CBO 35861	UF RJ	Registro em CBO 35861
Código de Controle do Contrato (CBO) CBO 1 0 0 5 4 1 7 9 7 7 8		Nome do Contratante (Pessoa Física ou Jurídica) BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	Registro em CBO 35861	UF RJ	Registro em CBO 35861
Nome do Profissional Responsável BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		Registro em CBO 35861	UF RJ	Registro em CBO 35861	

Seq. Dente	Seq. Código do Procedimento	Seq. Descrição	Seq. Data Pagável	Seq. Data	Seq. Quantidade Un	Seq. Valor	Seq. Total (Cobrança)	Seq. Valor Total R\$	Seq. Valor Total R\$ (Cobrança)
1	0 0 8 1 0 0 0 0 4 9	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3 4 0 0	0 0 0	N	11,0530	11,0530
2	0 0 8 5 3 0 0 0 8 0	TRATAMENTO DE	38	1	8 0 0	0 0 0	N	11,0530	11,0530
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

10.335.694/0001-71
FABR E MARTINS
CLINICA ODONTOLÓGICA S/S LTDA - ME
Rua Circunval. nº 42 - Cj. 101
Vila Valqueira - CEP 28.030-100
RIO DE JANEIRO - RJ

Seq. Data Prevista Término do Tratamento 1 1 1 1 1 1 1	Seq. Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Consulta 4 Urgência/Emergência	Seq. Tipo de Tratamento 1 Total 2 Parcial	Seq. Valor Quantidade Un 4 2 0 0	Seq. Valor Total R\$ 0 0 0	Seq. Valor Total R\$ (Cobrança) 1 1 1 1 1 1 1
Declaro, que todo ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita a realização e execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável e assinar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a ser(em) realizado(s), foram realizados 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 assinar com os custos conforme previsto em contrato.					
Seq. Observação					
Seq. Data, local e Assinatura do Contratante / Responsável Seq. Data, local e Assinatura do Profissional Responsável Seq. Data, local e Assinatura do Operador					