

[illegible]

2-Nº

365194
INTERC

406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 18/12/01		5-Senheta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7826567		7-Data Validade da Senheta 12/5/11 11/12/01		365194 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 10020205105060117737011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Name CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS		13/07/1971		14-Teléfono (1111) 11111111		15-Name do titular do plano CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS					
16-Atendimento a RN N		17-Name do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 112913		19-UF SP		20-Código CBO S 023 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101811521919660111		22-Name do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 112913		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Name do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 112913		28-UF SP		29-Código CBO S					
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0001854040408		PRÓTESE TOTAL		AI		1157800		0000		38-Franquia/Co-participação RS	
2-0001810000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		3400		0000		39-Aut	
3-0001810000301										40-Data de Realização	
4-0001810000301										41-Motivo da Class 42-Assinatura	
5-0001810000301										43-Valor	
6-0001810000301										44-Total Franquia / Co-participação RS	
7-0001810000301										45-Valor Total RS	
8-0001810000301										46-Total Franquia / Co-participação RS	
9-0001810000301										47-Valor Total RS	
10-0001810000301										48-Total Franquia / Co-participação RS	
11-0001810000301										49-Valor Total RS	
12-0001810000301										50-Total Franquia / Co-participação RS	
13-0001810000301										51-Valor Total RS	
14-0001810000301										52-Total Franquia / Co-participação RS	
15-0001810000301										53-Valor Total RS	
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/10/10		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Tota 2-Parcial		46-Quantidade US 1161200		47-Valor Total RS		48-Total Franquia / Co-participação RS	
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 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											

Enviar foto final com a Prótese instalada

Prof. Dr. Carlos Alberto da Oliveira

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

2/9/2018
Kilgus, Angela
ABOCT 12018

535

Handwritten signature: [Illegible]