



1-Região AIS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 12/12/10	4-Data de Autorização 12/3/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8166173	7-Data Válida da S-crição 12/3/10 3/1/21
------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

445664

13-Nome	14-Telefone	15-Número do bilhete do plano
MALAQUAS FERRAZ RODRIGUES	() - - - - -	
18/06/1983		
9-Primo	10-Empresa	11-País Variável da Carteira
POS REDE PRESTADORA	COAMO AGROINDUSTRIAL	- / - / -
8-Número da Carteira	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde	
0 0 1 2 0 2 5 0 2 6 8 3 6 0 0 9 0 7 5 0 1		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
17-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		18-UF		20-Código CBO S	
N		MARIA IVETE BONAN TESTA		1774		SC			
21-Código na Operadora CNP / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES	
[3] 7 [6] 3 [8] 2 [5] 4 [9] 5 [3] [] [] [] []		MARIA IVETE BONAN TESTA		1774		SC			
26-Nome do Profissional Executante				27-Número no CRO		28-UF		29-Código CRO S	
MARIA IVETE BONAN TESTA				1774		SC			

Faturar Empresa

30-Trans	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico	34-Fixo	35-Qtd	36-Q. Unidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Esta de Realização	41-Ativo da Clínica	42-Atividade
1	00	8 5 1 0 0 1 9 6										
2	00	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	6 1 0 0	0 0 0	S	2 9 1 2 0		Material
3	00	8 5 1 0 0 0 4 7	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6 1 0 0	0 0 0	S	2 9 1 2 0		Material
4	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
5	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
6	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
7	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
8	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
9	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
10	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
11	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
12	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
13	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
14	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material
15	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0	S	0 4 0 1 2 1		Material

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Frequentes / Co-participação R\$

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Higiene/Enfermagem

1-Total 2-Previd

2 6 6 0 0

1 0 0 0

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os custos previstos em 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.

49-Observação