



Registro ABR 406414

18-Data de Emissão de Guia 10/04/11 11/20

19-Serviço AUTORIZADO

20-Número de Guia Principal 7970871

21-Data Vencimento da Guia 11/01/12

399056 INTERCAMBIO

22-Data de Benefício

23-Plano POS REDE PRESTADORA

24-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA

25-Telefone

26-Data Validade de Carteira

27-Nome do titular do plano SOLANGE DA SILVA DE FREITAS

28-Número do Cartão Nacional de Saúde

29-Nome SOLANGE DA SILVA DE FREITAS

30-Data 05/02/1985

31-Endereço

32-Telefone

33-Data Validade de Carteira

34-Nome do titular do plano SOLANGE DA SILVA DE FREITAS

35-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

36-Plano de Atendimento a RV ALINE NERY DE LIMA CLINICA ODONTOLOGICA

37-Número no CRO 90936

38-Número no CRO 90936

39-Código CRO 8

40-UF SP

41-UF SP

42-Código CRO 8

43-Data 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 65100200 (0) 65100200

44-Nome do Profissional Executante ALINE NERY DE LIMA

45-Endereço

46-Telefone

47-Número no CRO

48-UF SP

49-Código CRO 8

50-Data 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 65100200 (0) 65100200

51-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

52-Data de Realização

53-Motivo de Cancelamento

54-Data de Realização

55-Data de Realização

56-Data de Realização

57-Data de Realização

30-Telex	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Val	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento	42-Data de Realização	43-Data de Realização
1-00	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		51,94	19/09/2011		19/09/2011	19/09/2011
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	81,00	0,00		51,05	11/11/2011		11/11/2011	11/11/2011
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MO	1	88,00	0,00		51,05	11/11/2011		11/11/2011	11/11/2011
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		51,05	11/11/2011		11/11/2011	11/11/2011
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		51,05	11/11/2011		11/11/2011	11/11/2011
6-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		51,05	11/11/2011		11/11/2011	11/11/2011
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		51,05	11/11/2011		11/11/2011	11/11/2011
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		51,05	11/11/2011		11/11/2011	11/11/2011
9-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		51,05	11/11/2011		11/11/2011	11/11/2011
10-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00		51,05	11/11/2011		11/11/2011	11/11/2011
11-00													
12-00													
13-00													
14-00													
15-00													
16-00													

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/11/2011

44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Valor Total R\$ 1549,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Valor Total R\$ 0,00

49-Valor Total R\$ 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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

50-Imagens analisadas

51-Data, local e Assinatura do Solicitante

52-Data, local e Assinatura do Responsável

53-Data, local e Assinatura do Responsável

54-Data, local e Assinatura do Responsável

55-Data, local e Assinatura do Responsável

56-Data, local e Assinatura do Responsável

57-Data, local e Assinatura do Responsável