

1-Registro A/S 406414	3-Data de Entrega da Guia 10/04/10 17/12/10	4-Data de Autorização 11/06/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7682939	7-Cota Validade da Senha 10/12/11 10/12/10
8-Número de Contrato 10/02/02 15/03/03 16/05/03 10/10/03 11/10/11	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
13-Atividade ALCIONE DA SILVA ALPIO	13/09/1961	14-Relatório ()	15-Nome do titular do plano ALCIONE DA SILVA ALPIO		

16-Atividade a/RN N	17-Nome do profissional Solicitante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	18-Número de CBO 40848	19-LF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Certificação / CNPJ / CPF 11/012/15 16/05/83 17/01/06	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	23-Número do CRO 40848	24-LF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	27-Número de CRO 40848	28-LF RJ	29-Código CBO S	

30-Teoria	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Frete	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Mo. Inv. da Guia	42-Atividade
1-0-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		11	3,5	10,00	0,00				
2-0-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		11	3,5	10,00	0,00				
3-0-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD		11	3,5	10,00	0,00				
4-0-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		11	3,5	10,00	0,00				
5-0-0-0												
6-0-0-0												
7-0-0-0												
8-0-0-0												
9-0-0-0												
10-0-0-0												
11-0-0-0												
12-0-0-0												
13-0-0-0												
14-0-0-0												
15-0-0-0												

43-Data Prévio Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Parcelado US	47-Valor Total R\$	48-Total Parcelado - Co-participação R\$
			114,00	10,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alienações de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações de 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), reflete(m) o realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Obatimento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável pelo Beneficiário

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário

ALICE CENTRO ODONTOLÓGICO
LTD - EPP
CNPJ: 20.496.564/0001-89