

242



1-Registro AINS 4066414	2-Nome de Guia de Guia	3-Código de Autorização	4-Série	5-Número da Guia Principal	6-Dos Validade da Série	7-Dos Validade da Série
	1 0 1 0 8 1 2 0	1 0 1 0 8 1 2 0		50182716	10 8 1 1 1 2 0	
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira	9-Idade	10-Profissão	11-Data de Nascimento	12-Número de Cartão Nacional de Saúde		
0 1 0 3 7 0 0 0 0 2 0 1 3 3 9 0 4		POS REDE PRESTADORA		707009851376231		
PATRICIA LUCIANA BRAGA BRITO						
Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)						
13-Idade	14-Tipo de Atendimento	15-Endereço	16-Idade	17-Idade	18-Idade	19-Idade
Dulcinea Sarti Barros Baptista						
Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)						
20-Idade	21-Tipo de Atendimento	22-Endereço	23-Idade	24-Idade	25-Idade	26-Idade
Dulcinea Sarti Barros Baptista						
Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)						
27-Idade	28-Tipo de Atendimento	29-Endereço	30-Idade	31-Idade	32-Idade	33-Idade
Dulcinea Sarti Barros Baptista						
Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)						
34-Idade	35-Tipo de Atendimento	36-Endereço	37-Idade	38-Idade	39-Idade	40-Idade
Dulcinea Sarti Barros Baptista						

26- Tabela	27- Código de Procedimento	33- Descrição	34- Fone	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Fone	39- Fone	40- Data de Realização	41- Médico	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 0 0		0 0 0 0		5 1 1 0 0 8 1 1		<i>Rafael</i>
2- 1 1											
3- 1 1											
4- 1 1											
5- 1 1											
6- 1 1											
7- 1 1											
8- 1 1											
9- 1 1											
10- 1 1											
11- 1 1											
12- 1 1											
13- 1 1											
14- 1 1											
15- 1 1											

43- Data Prescrição: 08/11/2011

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

45- Tipo de Faturamento: 1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US: 3 4 0 0

47- Valor Total R\$: 0 0 0 0

48- Total Remuneração / Co-participação R\$:

Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido, entende que a alteração de valores não acarretará em prejuízo para o paciente.

Assinatura do Paciente: *Rafael*

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido(a) os procedimentos, 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 ancorar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(m) em 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 essa documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a assinar com os custos conforme previsto em contrato.

163-Dinnerware

Asiatic

Baptista

55-Days, local • *Asplenium adnigrum* (Corymb. Dentata) **✓**
56-Days, local • *Asplenium adnigrum* (Corymb. Dentata) **✓**
57-Days, local • *Asplenium adnigrum* (Corymb. Dentata) / *Asplenium* **✓**
58-Days, local • *Asplenium adnigrum* (Corymb. Dentata) **✓**

[illegible]

IDPRO - INST. DES. PESQ. E REAB. ORAL LTDA