

2-N⁺

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Dona/Vendedora da Carteira // // // // //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	---------------------------------------

13-Nome AMELIA BORGES DE CARVALHO REIS	18/03/1964	14-Teléfono (118) 372314079	15-Nome do titular do plano AMILSON BAREIRA DOS REIS
--	------------	--------------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Societária MATEUS NUNES SAMPAIO		18-Número no CRO 135977		19-UF SP		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 5 2 6 8 2 9 8 5 0		22-Nome do Contratado Executante MATEUS NUNES SAMPAIO		23-Número no CRO 135977		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excluído MATEUS NUNES SAMPAIO				27-Número no CRO 135977		28-UF SP		29-Código CBO S	

025 -

Faturar Empresa

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-COD	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat.	40-Dia de Realização	41-Maturo da Classe	42-Atividade
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dados Pessoais

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Vale Total R\$

48-Total Franquia/Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecidos os propósitos, fins, 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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observation

90-Dia, local e Assinatura do Culpado-Denunciante	11/11/2011/21/ Motr. Nuvn
5-Dia, local e Assinatura do Culpado-Denunciad	11/11/2011/21/ Motr. Nuvn
92-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	11/11/2011/21/ Amanda B. Pereira
5-Dia, local e Cuiando da Empresa	11/11/2011/21/ Andreodora

Samyada

evaluated

Dr. Mateus Nunes Sampaio

Cirurgião Dentista
CROSP 135977