



2. No

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	22-Nome do Contratado Executante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	49467	RJ	
Código na Opéradora / CNPJ / CPF			23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1 1 4 1 1 2 8 5 4 1 1 7 2 9			49467	RJ	
Nome do Profissional Executante			27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA			49467	RJ	

[illegible]

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	1 1 7 4 0 0	47-Valor Total R\$	0 1 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
------------------------	---	------------------------	---	------------------------	-------------	--------------------	-----------	---	---------------------

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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em meu plano. Declaro, também 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.

Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Caimho da Empresa	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
	Dr. Karinne R. Alves Lima Cirurgiã-Dentista CRO-RN 467 17/10/2019 Assinatura	17/11/2019 Assinatura	17/11/2019 Assinatura	17/11/2019 Assinatura