



3-Dados de emissão da Guia 12/11/2014	4-Dados de Autorização 12/6/11/2014	5-Dono AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13233097	7-Dados Validação da Guia 11/9/10/2014
--	--	----------------------	--	---

[illegible]

10/10/1941

10/10/1941

JANDIRA TEIXEIRA MUNIZ

JANDIRA TEIXEIRA MUNIZ

admissão a RI	7-Mês do Profissional Esclarecido	14-Mês no CNO	19-Mês	20-Código CBO 8	025
---------------	-----------------------------------	---------------	--------	-----------------	-----

Linha na Operação / CNPJ / CPF												
1	2	6	2	0	8	3	3	7	8	7		
22-Nome do Contratado Excludente												
ELIANE BISPO DE ALENCAR												
23-Número no CNIS												
16512												
24-UF												
RJ												
26-Código CNEB												

ANE BISPO DE ALENCAR

10612

RJ

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denom./Região	34-Faixa	35-Cidade	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia C=participação R\$	39-AUI	40-Data de Realização	41-Motivo da Cota	42-Atividade
---------------------------	--------------	------------------	----------	-----------	------------------	----------	--------------------------------	--------	-----------------------	-------------------	--------------

[illegible]

Handwriting practice lines with dashed midlines and arrows indicating stroke direction.

[illegible][illegible]

que, 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. Declaro, ainda que este(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim aceito(s), foi(ram) realizado(s) com meu conhecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os honorários por tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

4. Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ____/____/____	5. Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/14 <i>[Assinatura]</i>	6. Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/14 <i>[Assinatura]</i>	6.5. Data, Local e Carimbo da Empresa ____/____/____
--	---	---	--