



1-Registro ANS	2-Dado do Ernesto da Silva	3-Semina	4-Dado de Autorização	5-Número da Guia Primária	6-Data de Emissão da Guia
4066414	0 1 7 1 1 0 2 1 1 2 1 0	AUTORIZADO	0 0 6 1 1 0 3 1 1 2 1 0	7386993	0 1 7 1 1 0 5 1 1 2 1 0

Dados do Beneficiário 8 Nome da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 6 7 2 0 2 0 0 0 2 0 0 1		9 Plano POS REDE PRESTADORA		10 Emp/Reso UP IDEIAS SERVICOS	
11 Data Valsace 36 Carteira / /		12 Número da Cartão			

13 Nome GEANE CONCEIO MATIAS	10/07/1986
()	GEANE CONCEIO MATIAS

[illegible][illegible]

21 Código na Operação: / Cnpj / CPF	22 Nome do Contratado/Executante	23 Município/CEP	24 UF	25 Código CNES
110519182217271111	JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA	32922	RJ	Enviar - RX (1) 81000421-

25- Nome do Profissional Experiência	27- Número no CRO	28- UF	29- Código CBO S
JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA	32922	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

The diagram shows a participant sitting at a table, looking at a screen. On the screen is a 4x4 grid of small squares. The participant is holding a button in their right hand, which is positioned to press the button when the grid is empty. The screen also displays a small 'X' in the center of the grid.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

43 Data Previsão Término do Tratamento	____/____/____
44 Tipo de Alimento	____
45 Tipo de Faturamento	____
46 Total Quantidade US	7.500,00
47 Valor Total R\$	0,00

1- Tratamiento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1- Total 2- Parcel

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

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 responsável pelo tratamento, bem como a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável pelo tratamento, o valor estabelecido no orçamento, incluindo honorários, materiais e demais custos, sem qualquer ônus adicional, tal como realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Otorredora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável pelo tratamento, o valor estabelecido no orçamento, incluindo honorários, materiais e demais custos, sem qualquer ônus adicional, tal como realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.

referentes ao tratamento realizado comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato

49-Observação

The diagram illustrates the experimental setup. A participant is seated at a table, looking at a screen. On the screen, there is a green dot representing the starting point and a red dot representing the target. A horizontal line connects these two dots, with the label 'Distance' below it. The participant's hand is positioned at the green dot, and is labeled 'Hand'.

	51 Data local e assinatura do Beneficiário
	52 Data local e assinatura do Beneficiário / Responsável
	53 Data local e Carimbo da Empresa

06/103/20

2011, Vol. 1, No. 1

2 Jean Cornu 11/10/05