

[illegible]

2-No

**Dados do Beneficiário**

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 13-Nome                     | DANIELLE BANDEIRA CAVALCANTI |
| 14-Telefone                 | ( ) -                        |
| 15-Nome do titular do plano | DANIELLE BANDEIRA CAVALCANTI |

|                     |   |                                     |                        |                  |       |       |    |                 |       |
|---------------------|---|-------------------------------------|------------------------|------------------|-------|-------|----|-----------------|-------|
| 16-Atendimento a RN | N | 17-Nome do Profissional Solicitante | NATALIA LOPES DE SOUZA | 18-Número no CRO | 49783 | 19-UF | RJ | 20-Código CBO S | 025 - |
|---------------------|---|-------------------------------------|------------------------|------------------|-------|-------|----|-----------------|-------|

|                                                    |                                                            |                           |             |                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10473380765 | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA LOPES DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>49783 | 24-UF<br>RJ | 25-Código ONES |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                     |                  |       |                 |
|-------------------------------------|------------------|-------|-----------------|
| 20-Nome do Profissional Exercitante | 21-Número no CRO | 22-UF | 23-Código CBO S |
| NATALIA LOPES DE SOUZA              | 49783            | RJ    | (I) 81000421-   |

Base de Tratamiento / Discardamientos Recollidos

[illegible]

|                                                                                         |                        |                            |                            |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| 44-Tipo de Atendimento                                                                  | 45-Tipo do Faturamento | 46-Total Quantidade US\$   | 47-Valor Total R\$         | 48-Total Frequência / Co-participação R\$ |
| 1-Atendimento Odontológico<br>2-Exame Radiológico<br>3-Odontia<br>4-Urgência/Emergência | 1-Total<br>2-Parcial   | 1<br>3<br>4<br>7<br>0<br>0 | 1<br>3<br>4<br>7<br>0<br>0 | 1<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0                |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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-Observado

---

---

---

**50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista** Solicitante  
19/11/2018 [Assinatura]

**51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista**  
19/11/2018 [Assinatura]

**52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável** Recorrido  
18/11/2018 [Assinatura]

**53-Data, local e Carimbo da Empresa**  
19/11/2018 [Carimbo]

**NRA. NATÁLIA LOPES**  
**DENTISTIA**

CRO-RJ49783