



Dados do Beneficiário

[illegible]Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento[illegible]

21-Código na Operadora / CNPJ - CPF	22-Nome do Contratado Exatidão	23-Número em CRO	24-UF	25-Código Único	26-Valor - RX
2 1 4 7 4 7 0 6 0 0 0 1 6 5	CIOI SERVICOS ODONTOLOGICOS SIS LTDA	41157	MG	9947396	Envar - RX (UF) 85200158-36

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Corpo CRO S
ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	41157	MG	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

The figure consists of 10 small histograms arranged horizontally. Each histogram has an x-axis labeled 'Number of non-zero elements' ranging from 0 to 10 and a y-axis labeled 'Frequency' ranging from 0 to 10. The histograms represent the frequency distribution of the number of non-zero elements in the vector z_k for $k = 1, \dots, 10$. As k increases, the distribution shifts to the right, indicating a higher number of non-zero elements.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

5. 

6 -

7 -

[illegible]A blank sheet of music paper featuring five horizontal staves. Each staff consists of a solid top line and four dashed lines below it, providing a guide for note placement. The staves are evenly spaced across the page.[illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
			1533100	0,00	

☐ / ☐ / ☐ Tratamento Odontológico; Z-Exame Radiográfico; S-Cirurgia Bucal; O-gengivite e hiperplasia

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

_____/_____/_____ Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores devidos pelo plano de saúde (se aplicável).

49-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Curador-Dentista Solícito	
51-Dados, local e Assinatura do Curador-Dentista	
52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Dados, local e Endereço da Empresa	

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----