

2-N-



GUIA
CONCLUÍDA

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Arrendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S
---------------------------	---	-------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	19	3	8	9	4	8	1	3	2	5	3								
22-Nome do Contratado Executante	ALESSANDRA BRITO LOBATO																		
23-Número no CRO	563																		
24-UF	AP																		
25-Código CNES																			

Razão Social da Empresa

25-Nome do Profissional Escriturante	27-Número no CRO	28-U/F	29-Código CBO S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	---------

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

RES/AUKAÇAU RESINA

25-0161,000,000S(2)

[illegible][illegible]

	0	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
0	0	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

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

43-Dia Previsão Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Falhamento	
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$	

[illegible]

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.

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

49-Observação

74

[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

[illegible]

Antonio / Eric / Amy

1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$