



2-Nº

13-Nome JULIANA REGINA MIRANDA DOS SAN	17/09/1990	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano JULIANA REGINA MIRANDA DOS SAN
---	------------	--------------------	---

16-Alendramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	18-Número no CRO 20598	19-UJF RJ	20-Código CBO S 801 - Estatísticas Emprego
---------------------------	---	---------------------------	--------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011608168743	22-Nome do Contratado, Executante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	23-Número no CRO 20598	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	20598	RJ	

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 de Realização	41- Motivo da Glosa 42- Assinatura

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

1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014

Gender

Sex

[illegible]

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

1- Total 2- Parcial

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 assistente e arcar com os custos previstos em

48-Observação

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