

500762
INTERCÂMBIO

Quilowatts do Beneficiário

9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validação da Carteira _ / _ / _	12-Número do Cartão Nacional
---------------------------------------	---	---	------------------------------

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Trabalho		19- Nome do Profissional Solicitante		19- Número no CRO		19-UF		20- Código CBO/S		025 -	
16- Atendimento a RN		NIECO ADRIANO DIAS		4340000		RJ		20-0305			

N	DIEGO ADRIANO RICARDO	121025	SP	Faturar Empresa Enviar - RX	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	0.9.2.0.0.0.1.0.9.2.8.	22-Name do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-Uf	25-Código CNIES
		MICRO APLICADO	164000	SP	

28-Número do Profissional Exercitante	28-Número no CRO	28-UF	28-Código CBO S
02069109020	121025	SP	SP
DIEGO ADRIANO RICARDO			
DIEGO ADRIANO RICARDO			

[illegible][illegible]

- 4 -

[illegible]

Figure 1 is a 3D bar chart illustrating the distribution of cases across different age groups and sexes. The x-axis represents age groups from 0-4 to 95-99. The y-axis represents sex (Male, Female). The z-axis represents the number of cases, ranging from 0 to 100. The chart shows that the number of cases generally decreases as age increases, with a significant peak in the 15-19 age group for both sexes. The number of cases is consistently higher for females than for males across most age groups.

[illegible]

11

12

[illegible]

14

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
11/11/11	1-Tratamento Curatológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	53300	47.330,00

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme adina apresentados, abaixo e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional contratado. 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, os valores necessários para a realização do(s) procedimento(s) descrito(s) acima, conforme especificado no(s) documento(s) em anexo.

49- Observação

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	
53-Dado, local e Assinatura da Empresa	

[illegible]