

Dados do Beneficiário13-Name

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

0.25 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Exercente	GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES		
27-Número no CRU	138944	28-CUF	29-Código UF e
		SP	

CONSULTA ODONTOLÓGICA

ALFABETICO

6-1

7-1

8-1

9-1

10-1

11-1

12-1

13-1

14-1

15-1

16-1

17-1

18-1

19-1

20-1

21-1

22-1

23-1

24-1

25-1

26-1

27-1

28-1

29-1

30-1

31-1

32-1

33-1

34-1

35-1

36-1

37-1

38-1

39-1

40-1

41-1

42-1

43-1

44-1

45-1

46-1

47-1

48-1

49-1

50-1

51-1

52-1

53-1

54-1

55-1

56-1

57-1

58-1

59-1

60-1

61-1

62-1

63-1

64-1

65-1

66-1

67-1

68-1

69-1

70-1

71-1

72-1

73-1

74-1

75-1

76-1

77-1

78-1

79-1

80-1

81-1

82-1

83-1

84-1

85-1

86-1

87-1

88-1

89-1

90-1

91-1

92-1

93-1

94-1

95-1

96-1

97-1

98-1

99-1

100-1

101-1

102-1

103-1

104-1

105-1

106-1

107-1

108-1

109-1

110-1

111-1

112-1

113-1

114-1

115-1

116-1

117-1

118-1

119-1

120-1

121-1

122-1

123-1

124-1

125-1

126-1

127-1

128-1

129-1

130-1

131-1

132-1

133-1

134-1

135-1

136-1

137-1

138-1

139-1

140-1

141-1

142-1

143-1

144-1

145-1

146-1

147-1

148-1

149-1

150-1

151-1

152-1

153-1

154-1

155-1

156-1

157-1

158-1

159-1

160-1

161-1

162-1

163-1

164-1

165-1

166-1

167-1

168-1

169-1

170-1

171-1

172-1

173-1

174-1

175-1

176-1

177-1

178-1

179-1

180-1

181-1

182-1

183-1

184-1

185-1

186-1

187-1

188-1

189-1

190-1

191-1

192-1

193-1

194-1

195-1

196-1

197-1

198-1

199-1

200-1

201-1

202-1

203-1

204-1

205-1

206-1

207-1

208-1

209-1

210-1

211-1

212-1

213-1

214-1

215-1

216-1

217-1

218-1

219-1

220-1

221-1

222-1

223-1

224-1

225-1

226-1

227-1

228-1

229-1

230-1

231-1

232-1

233-1

234-1

235-1

236-1

237-1

238-1

239-1

240-1

241-1

242-1

243-1

244-1

245-1

246-1

247-1

248-1

249-1

250-1

251-1

252-1

253-1

254-1

255-1

256-1

257-1

258-1

259-1

260-1

261-1

262-1

263-1

264-1

265-1

266-1

267-1

268-1

269-1

270-1

271-1

272-1

273-1

274-1

275-1

276-1

277-1

278-1

279-1

280-1

281-1

282-1

283-1

284-1

285-1

286-1

287-1

288-1

289-1

290-1

291-1

292-1

293-1

294-1

295-1

296-1

297-1

298-1

299-1

300-1

301-1

302-1

303-1

304-1

305-1

306-1

307-1

308-1

309-1

310-1

311-1

312-1

313-1

314-1

315-1

316-1

317-1

318-1

319-1

320-1

321-1

322-1

323-1

324-1

325-1

326-1

327-1

328-1

329-1

330-1

331-1

332-1

333-1

334-1

335-1

336-1

337-1

338-1

339-1

340-1

341-1

342-1

343-1

344-1

345-1

346-1

347-1

348-1

349-1

350-1

351-1

352-1

353-1

354-1

355-1

356-1

357-1

358-1

359-1

360-1

361-1

362-1

363-1

364-1

365-1

366-1

367-1

368-1

369-1

370-1

371-1

372-1

373-1

374-1

375-1

376-1

377-1

378-1

379-1

380-1

381-1

382-1

383-1

384-1

385-1

386-1

387-1

388-1

389-1

390-1

391-1

392-1

393-1

394-1

395-1

396-1

397-1

398-1

399-1

400-1

401-1

402-1

403-1

404-1

405-1

406-1

407-1

408-1

409-1

410-1

411-1

412-1

413-1

414-1

415-1

416-1

417-1

418-1

419-1

420-1

421-1

422-1

423-1

424-1

42

FILE: CACU10,27

TEL : 3473-6655

[illegible][illegible]

43-Data de Realização do Tratamento <u>11/05/2011</u>	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantificado US <u>34,00</u>	47-Valor Total R\$ <u>0,00</u>	48-Total Franquia / Co-participação R\$ <u>0,00</u>
--	--	--	--	-----------------------------------	--

Eu, Maria S. Cruz Goes, declaro que sou a beneficiária contratada, e que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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.

Assinatura do beneficiário

Cirurgiă Dentistă
CROSP 138944

15-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante 15/04/2014 Gabriela S. Cruz	15-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/14 Gabriel	15-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/14 [Assinatura]	15-Data, local e Assinatura da Empresa 15/04/14 [Assinatura]
---	--	---	--

Cirugía Dentista
 CROSP 138944