

2-N₂

12-Número do Cartão	
11-Data Validade da Carteira	
10-Empresa	
9-Idade	
Dados do Beneficiário	

13- Nome
BRUNNA ROSA OLIVEIRA

04/03/1994

14- Telefone
() - - - - -

15- Nome do titular do plano
BRUNNA ROSA OLIVEIRA

BRUNNA ROSA OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
18-Número no CRO	19-U.F
20-Código CBO S	

76-Acadêmico a RN		10 - FATORIO DO DTC				UZO -
N	17-Nome do Profissional Solicitante IMPLANTARTE	24537	MG	01		Faturar Empresa

21-Código na Operacional / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado / Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0.0.0.0.1.9.3.6.7.6.0.0.1.1.1	EDNA TEIXEIRA NASSIF SILVA	24537	MG	
Enviar - RX (1) 82001286-28				

26-Nome do Profissional Exercente												
27-Número no CRO												
2A537												
28-UF												
MG												
29-Código CBO S												

EDNA TEIXEIRA NASSIF SILVA	27001		
----------------------------	-------	--	--

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

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

6. 

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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

14

	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
15			

43- Data Prescrição Término do Tratamento	
44- Tipo de Atendimento	
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	
1-Total 2-Parcial	
45- Atribuição de Responsabilidade do Tratamento, considerando-se a cumprir as orientações do P	

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 todos os procedimentos necessários para a obtenção dos resultados pretendidos, bem como a realização de exames complementares necessários para a avaliação da evolução do tratamento, e por mim assinado(s) (o/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (o/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (o/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado.

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

Kadusqabur amariy am qur'a: 1: 10-35

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Dentista Solicitante: 20/11/2011 10:24:53

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Dentista: 20/11/2011 10:24:53

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 20/11/2011 10:24:53

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 20/11/2011 10:24:53