



2-Nº



7-Data Validade da Senha
12/6/01/21

407084
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário										Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 8 6 4 7 0 0 0 0 1 0 2										17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA									
9-Plano POS REDE PRESTADORA										16-Atendimento a RN N									
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA										17-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA									
11-Data Validade da Carteira _ / _ / _										18-Número no CRO 17752									
12-Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _										19-UF BA									
13-Nome EVELLY SANTOS DA SILVA										20-Código CBO S 025 -									
14-Telefone (_ _ _) _ _ _ - _ _ _										21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3 _ _ _									
15-Nome do titular do plano JAQUELINE NASCIMENTO DOS SANTOS										22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA									
16-Atendimento a RN N										23-Número no CRO 17752									
17-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA										24-UF BA									
18-Número no CRO 17752										25-Código CNES _ _ _ _ _									
19-UF BA										26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA									
20-Código CBO S 025 -										27-Número no CRO 17752									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3 _ _ _										28-UF BA									
22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA										29-Código CBO S _ _ _ _ _									

[illegible][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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda 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, como mencionado, e autorizo a Operadora a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-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 Cambio da Empresa
03/11/11	03/11/11	03/11/11	03/11/11

Thayana Deyan Senzo	Thayana Deyan Senzo	* Graella Santos do Silva
---------------------	---------------------	---------------------------