

[illegible]

Número de Cédula 00202511561780000010101	ID-Plano POS REDE PRESTADORA	NO-EMPRESA DENTAL UNI COOPERATIVA	17-VALOR VERIFICADO DE CÉDULAS 17-VALOR VERIFICADO DE CÉDULAS
---	---------------------------------	--------------------------------------	--

13-Nome JOSE UMBERTO SANTOS	14-Nome JOSE UMBERTO SANTOS
11/01/1848	14-7 (10/0) (21) 9175101-9049

025 - Faturar Empresa	20-Código CLIO B	18-UF RJ	17-Alienação na CRC 16512	16-Alimentação a RN N	02-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Prostatário Beneficiário ELIANE BISPO DE ALENCAR
--------------------------	------------------	-------------	------------------------------	--------------------------	--

21-Código na Operadora CNPJ/CPS	1920120833787
22-Nome do Contribuinte Exatidão	ELIANE BISPO DE ALENCAR
23-Número no CNB	16512
24-UF	RJ
25-Código CNES	

26 Norma do Profissional Encarregado ELIANE BISPO DE ALENCAR	27 Endereço no CRO 16512	28 UF RJ	29 Código CRO B
--	------------------------------------	--------------------	-----------------

Plano de Trabalho / Procedimentos Colocados	
30-Tabula * 31-Código dos Procedimentos	32-Censo 33-Definição 34-Fases 35-Cliv 36-Quantidade US 37-Valor 38-Frequência 39-Quantidade US 40-Dist

[illegible][illegible][illegible]

5.00	8.20	0.00	0.85	28	1	73	00	00	00	5
5.00	8.20	0.00	0.85	35	1	73	00	00	00	5

[illegible][illegible]

11

[illegible]

14	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
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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																																													
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]

Declato, que após ter sido devidamente informado sobre os procedimentos, riscos, efeitos e alternativas de tratamento, compreendendo todos os aspectos necessários para a realização do tratamento, compreendendo-me a estar com as crenças conforme previsto em contrato, Declaro, ainda que o(a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional referenciado pelo tratamento realizado, compreendendo-me a estar com as crenças conforme previsto em contrato.

Observations

50-Dat. local e Asinatura do Cliente-Dentista	51-Dat. local e Assinatura do Cliente-Dentista	52-Dat. local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Dat. local e Carimbo da Empresa
---	--	--	------------------------------------

[illegible]