

2-N^o407672
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão
0 0 2 0 2 5 2 5 7 0 5 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13. Nome	GABRIEL DOS SANTOS PEREIRA
14. Telefone	06/09/1997
15. Nome do titular do piano	GABRIEL DOS SANTOS PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Advertimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	1233228	SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF				
1 1 1 1 2 1 9 8 2 8 8 3		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO
		ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		1233228
		24-UF		25-Código CNES
		SP		
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF
ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		1233228		SP
		29-Código CBO S		

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	13/01/21
44-100% Atendimento	1
45-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1
46-Total Quantidade US	73,00
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00

relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

49- Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	13/11/2011				
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/11/2011				
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/11/2011				
53-Data, local e Cambio da Empresa	13/11/2011				