



2-N-2



6-Número da Carteira 0 0 2 0 2 0 2 0 5 4 5 3 8 7 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADRIANA GRAIA SANTOS		14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano ADRIANA GRAIA SANTOS					
08/07/1980									

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF														22-Nome do Contratado Executante														23-Número no CRO														24-UF														25-Código CNES													
69312060287														RODRIGO SOUZA MASCARENHAS														8958														BA																											
																												27-Número no CRO														28-UF														29-Código CBO S													
														RODRIGO SOUZA MASCARENHAS														8958														BA																											

3-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
15/11/2017	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	0,00
15/11/2017					
13/11/2017					
12/11/2017					
11/11/2017					
10/11/2017					
9/11/2017					
8/11/2017					
7/11/2017					
6/11/2017					
5/11/2017	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	136,00	0,00	0,00
4/11/2017	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	136,00	0,00	0,00
3/11/2017	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	136,00	0,00	0,00
2/11/2017	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	134,00	0,00	0,00
1/11/2017	CONSULTA ODONTOLÓGICA				

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 assumido(s), 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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	25/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	25/10/2012	53-Data, local e Cambio da Empresa	25/10/2012
---	------------	---	------------	------------------------------------	------------

Dr. Vanessa N. Santos
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA: 23026