

2-14



1-Registro MS 40614	3-Data de Emissão da Guia 12/9/04/12/1	4-Data de Autenticação 1/1/1/1/1/1	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 537554	7-Data Validade da Senha 12/8/07/12/1
------------------------	---	---------------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Dia Validade da Carteira	12-Número do Cartão
0 0 2 0 2 5 3 7 1 7 8 3 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	1 / 1 1 / 1	

	13-Nome WASHINGTON MARTINS DE MORAES	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano WASHINGTON MARTINS DE MORAES
Dados do Certificado Responsável pelo Tráfego	11/03/1992		

16-Aliamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA	39384	MG	01
21-Código no Operador / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Especialista	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07091301611	BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	39384	MG	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	39384	MG		

[illegible]

43-Dados Pessoais Termo do Tratamento Exatidão e Veracidade	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofonia 4-Urgência/Emergência
Declaramos, 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(o)s descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorzo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-não arcar com os custos conforme previsto em contrato.	45-Tipo de Enluramentento ☐ 1-Total 2-Parcial
49-Onde nasceu _____ <i>Sobrado agudo. Feedi gado início e derrogem na mucosa e ligamento</i>  50-Onde mora _____	46-Total Quantidade US \$ _____ 4 2 , 0 0
	47-Maior Total R\$ _____ _____ _____ 0 , 0 0
	48-Valor Franchia / Co-participação R\$ _____ _____ _____ _____ _____

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

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
29/08/2024	29/08/2024	29/08/2024	29/08/2024