



378047
INTERCÁMBIO

7-Data Validade da Senha 11/17/12 12/20

1880

Principal

5-Numero da Giu
7883788

○

5-Senha
AUTORIZAD

11/09/20

4-Data de An	2012	12/2
--------------	------	------

18/09/11

341

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde	
8-Numero da Carteira		9-Ramo		DENTAL UNI COOPERATIVA			
10 0 2 0 2 5 2 4 4 2 0 2 0 0 0 0 1 0 2		13-Ramo		14-Telefone		15-Nome do titular do plano	
13-000-000		12/09/1986		(211) 340715504		MARCOS ANTONIO DA SILVA	
THAIS MORAES DA SILVA							

025 - Faturar Empresa	
16-Numero no CRO 17044	19-UJ RJ
20-Código CBO S	24-UJ RJ
25-Código UNES	28-UJ RJ
26-Numero no CRO 17044	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 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					
50- Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista	12/09/2010	Dr. C. Costa	12/09/2010	Dr. C. Costa	12/09/2010
51- Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista	12/09/2010	Dr. C. Costa	12/09/2010	Dr. C. Costa	12/09/2010
52- Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável	12/09/2010	Dr. C. Costa	12/09/2010	Dr. C. Costa	12/09/2010
53- Data, local e assinatura do Empregador	12/09/2010	Dr. C. Costa	12/09/2010	Dr. C. Costa	12/09/2010