



3-Data de Emissão da Guia	13/10/2018
4-Data de Autorização	11/11/2018
5-Senha	AGUARDANDO TOKEN DO
6-Número da Guia Principal	7835312
7-Data Validade da Senha	12/09/2019

12	0	2	5	3	1	7	1	8	6	0	0	0	0	1	0	1																																																		
9-Plano																																																																		
POS REDE PRESTADORA																																																																		
10-Empresa																																																																		
DENTAL UNI COOPERATIVA																																																																		
11-Data Validado da Carteira																																																																		
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																																																		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																		

EANE EVANGELISTA CAETANO	29/10/1982
() () () () () - () () () () ()	
MEIREANE EVANGELISTA CAETANO	

Membro a RV		17-Nome do Profissional Solicitante	
MARINA MOREIRA SALVADOR			
19-Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Exatante	
31312191010156115		MARINA MOREIRA SALVADOR	
do Profissional Executante			
NA MOREIRA SALVADOR			
Tratamento / Procedimentos Solicitados			
		18-Número no CRO	
		40774	
		19-UF	
		RJ	
		20-Código CBO S	
		025 -	
		23-Número no CRO	
		40774	
		24-UF	
		RJ	
		25-Código CHES	
		27-Número no CRO	
		40774	
		28-UF	
		RJ	
		29-Código CBO S	
		Enviar - RX	
		(1) 81000421-	
		(1) 81000421-	
		(1) 81000421-	
		(1) 81000421-	

[illegible]

do tipo em sua competência estatutária sobre os propósitos, meios, causas e diferentes formas de tratamento, conforme acima apresentados, assento e outorga a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com as custas previstas em lei, bem como a custas decorrentes do procedimento (s) acima, e por mim assinado(s), (foliar) 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 por tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Casal e Assinaturas do Casalido-Dentista Solidante

5-1-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista
08/10/2010

5-2-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2010 Mariana Probst

5-3-Data, local e Cambio da Empresa
10/11/2010

Martina Moreira Schneider