



የግልጽ ጥያቄ ለማሟላት የሚያስፈልጉትን ሰነዶች ይጻፉ

429463
INTERCÂMBIO7-Data Validade da Senha
2|5|10|2|12|1|

6-Número da Guia Principal
9006600

5-Senha4-Dala de Autorização

3-Data de Emissão da Guia

Printed in U.S.A.

400417	Setor de Beneficiário	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validada da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
	8-Número da Carteira	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	
10 0 2 0 2 5 3 2 7 6 7 7 0 0 0 0 1 0 1					
				13-Nome do titular do plano	
					DEBORA FERNANDES DE LIMA
			14-Telefone		

DEBORA FERNANDES DE LIMA		22/03/1983	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO	
THALYTA BRAGA DE MORAES		46146	
16-Acadêmico a RN		19-UF	
N		RJ	
21-Código na Operação / CNPU / CPF		24-UF	
1102115691784		RJ	
22-Nome do Contratado Executante		25-Código CNES	
THALYTA BRAGA DE MORAES			
26-Nome do Profissional Executante		29-Código CBO S	
		46146	
		025 -	
		Faturar Empresa	
		Enviar - RX	
		(1) 81000421-RPSE	

[illegible][illegible]

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Cirurgia Maxilofacial

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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 devidos, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]