



241



9) Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 4 9 3 4 1 1 0 0 0 1 0 2																								
10) Plano POS REDE PRESTADORA																									
11) Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA																									
12) Data Validade da Carteira	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</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> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12														
13) Endereço do Cartão																									

025 - Estudos Emergentes	050 - Código CBO 3 01	14 - UF SP	14 - Município no CBO 87905	11 - Nome do Profissional Responsável ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PRIME ODONTOLOGIA	16 - Atendimento a NN N	Dados do Consultado Responsável pelo Tratamento
-----------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------------	---	----------------------------	---

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diaria/Régulo	34-Faixa	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquise/Co-participação R\$	39-Aid	40-Dat
Plano de Tratamento / Procedimentos Socioeduc										

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os aspectos técnicos, legais, sociais e administrativos de tratamento, confirmo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e estar com os custos previstos anualmente no tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

54, 55



