

2-N^o444717
INTERCÂMBIO

160 da Carteira 0 2 0 2 5 3 2 9 8 5 0 0 0 0 1 0 1												
9-Plano POS REDE PRESTADORA												
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA												
11-Dados Validade da Carteira / /												
12-Número de Cartão Nacional de Saúde												

14-Teléfono	() - ()
15-Nome do titular do plano	HENDRIO REIS VOLPATO
13/03/1989	
NDRIO REIS VOLPATO	

do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante

PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA

22-Nome do Contratado Executante

[illegible]**metodo Profissional Executante**CLA CARIANI HAIDAR MAZORRAde Tratamiento / Procedimientos Solicitados

31-Código do Procedimento

2	0	8	1	0	0	0	3	0		CONSULEZIA UDDINI E LOGICA
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	----------------------------

CONSULTA ODONTOLÓGICA33-Dente/Região34-Face 3

City

36-Quantidade US37-Vald38-Franq

alco-participação R3

38-1440-Daire de Realizasyon41- MULVO RD CIGSD #27-7591160101[illegible]

ro, 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), foi/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.

2.a. Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Paola C. Haidar Mazorra
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 30728