



037100000032600685	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IRACY CAMPOS DE SO	11-Data Validade da Carteira _/_/__/_/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702408033151320
--------------------	---------------------------------------	---	---	---

13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	371	372
373	374	375
376	377	378
379	380	381

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
MARCIA MARTINS PEREIRA	20672	PI	801 -

22-Nome do Contratado Executante	MARCIA MARTINS PEREIRA													
23-Número no CRO	20672													
24-UF	R													
25-Código CNES														

3 do Profissional Executante	27-Número no CRO 20672	28-UF RJ	29-Código CBO S
------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 49-Total Franquia / Co-participação ☐ 47-Valor Total R\$
---	---

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 o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Márcia Maria de Azevedo Dentista

Cirurgia Dentária
CRO-RJ 20.672

Local e Assinatura do Titulo-Dentista Solicitante	53-Data local e Assinatura do Titulo-Dentista	53-Data, local e Assinatura do Titulo-Responsável
 05/11/2010	 05/11/2010	 05/11/2010

Handwritten: