

2-N^o

9-Número da Carteira	000202533298400000103
9-Afiliado	POS REDE PRESTADORA
10-Emp/ões	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNU / CPF	22-Nome do Confinado / Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
10 0 9 10 4 9 7 2 6 0 7	KELLY DE SOUZA ABREU	27786	RJ	

26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU	27-Número no CRO 27786	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	----------------------------------	--------------------	-----------------

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0-0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6.1.0.0	0,0.0.0		S	10/02/21		DRS

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

13

[illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	16/09/2011
44-Tipo de Atendimento	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	1- Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	6100
47-Valor Total R\$	0000
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

Declaro, 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 anteriormente. Deixo, também, a opção de não aceitar o tratamento proposto, caso não esteja de acordo com o que foi explicado. Deixo, ainda que (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 pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto anteriormente.

49-Observaȳăo

50-Data, local e Assinatura do Chirurgião-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
10/01/2011	10/01/2011	10/01/2011	10/01/2011

SORRINDO MAIS DE NITEROI LTD.

CNPJ: 29.833.248/0001-15

301 Apt^o 01/04