



Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	10 0 2 1 0 2 5 4 6 5 5 0 1 1 0 0 0 0 1 1 0 1												
9-Plano	POS REDE PRESTADORA												
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA												
11-Data Válida da Carteira	<table border="1"> <tr> <td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td> </tr> <tr> <td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td> </tr> </table>	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
__	__	__	__	__	__								
__	__	__	__	__	__								
12-Número do Cartão N													

13-Nome	EDJANEIDE GASPAR BEZERRA GOMES
14-telefone	05/09/1964
15-Nome do titular do plano	EDJANEIDE GASPAR BEZERRA GOME

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	18-Matrimônio no CRC 138944	19-UF SP	20-Código CBO S
--------------------------	---	--------------------------------	-------------	-----------------

025 -
Educação Especial

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	41697433855
22-Nome do Contribuinte Exculente	GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES
23-Número no CNIO	138944
24-UF	SP
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO 3
GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	138944	SP	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Labela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Principale-Co-participação IRS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
-1000	810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	"	"	"	13	4,00	"	S	04/04/2017		[Assinatura]

[illegible]

3. 

4.  _____

5.  _____

9

[illegible]

PLA-CAM1179-57

10

11

TEL. 3273-6655

13

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
04/05/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otorrinolaringologia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 4 0 0	0 0 0 0	

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

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: Dr. S. Cruz Cirurgiã Dentista	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Dado, local e Carimbo da Empresa
<i>01/01/11</i>	<i>01/01/11</i>	<i>01/01/11</i>	<i>01/01/11</i>
<i>Dr. S. Cruz</i>	<i>Dr. S. Cruz</i>	<i>Dr. S. Cruz</i>	<i>Dr. S. Cruz</i>

CHOSP 185947