



1-Registro ANS 406414 5-Dia de Emissão de Guia 12/11/12 6-Série AUTORIZADO 12/11/12 7-Dia Validade da Guia 12/11/10 8-Número da Guia Principal 8160641 9-Dia Validade da Guia 12/11/10 10-INTERCAMBIO 444414

11-Dia Validade da Guia 12/11/10

12-Data Validade da Guia 12/11/10

13-Nome TIAGO RIBEIRO DUTRA

14-Data Validade da Guia 12/11/10

15-Atendimento a RV 16-Nome do Profissional Solidário JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

17-Código de Operadora / CNPJ / CPF 18-Nome do Contratado Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

19-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

20-Data Validade da Guia 12/11/10

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

23-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

24-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

25-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

26-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

27-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

28-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

29-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

30-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

31-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

32-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

33-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

34-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

35-Nome do Profissional Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Telefone

12-Número no CRO 114176

13-Número no CRO 114176

14-Número no CRO 114176

15-Número no CRO 114176

16-Número no CRO 114176

17-Número no CRO 114176

18-Número no CRO 114176

19-Número no CRO 114176

20-Número no CRO 114176

21-Número no CRO 114176

22-Número no CRO 114176

23-Número no CRO 114176

24-Número no CRO 114176

25-Número no CRO 114176

26-Número no CRO 114176

27-Número no CRO 114176

28-Número no CRO 114176

29-Número no CRO 114176

11-Data Validade da Guia 12/11/10

12-Nome do Contratado Estudante TIAGO RIBEIRO DUTRA

13-Código CBO S

14-Código CNES

15-Código CBO S

16-Código CBO S

17-Código CBO S

18-Código CBO S

19-Código CBO S

20-Código CBO S

21-Código CBO S

22-Código CBO S

23-Código CBO S

24-Código CBO S

25-Código CBO S

26-Código CBO S

27-Código CBO S

28-Código CBO S

29-Código CBO S

30-Código CBO S

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Número do Contrato Nacional de Saúde

14-Número do Contrato Nacional de Saúde

15-Número do Contrato Nacional de Saúde

16-Número do Contrato Nacional de Saúde

17-Número do Contrato Nacional de Saúde

18-Número do Contrato Nacional de Saúde

19-Número do Contrato Nacional de Saúde

20-Número do Contrato Nacional de Saúde

21-Número do Contrato Nacional de Saúde

22-Número do Contrato Nacional de Saúde

23-Número do Contrato Nacional de Saúde

24-Número do Contrato Nacional de Saúde

25-Número do Contrato Nacional de Saúde

26-Número do Contrato Nacional de Saúde

27-Número do Contrato Nacional de Saúde

28-Número do Contrato Nacional de Saúde

29-Número do Contrato Nacional de Saúde

30-Número do Contrato Nacional de Saúde

31-Número do Contrato Nacional de Saúde

444414 INTERCAMBIO

40-Operadora

41-Data Validade da Guia 12/11/10

42-Tipo de Atendimento

43-Exame Radiológico 3-Exodontia 4-Exodontia 5-Exodontia

44-Tipo de Tratamento

45-Tipo de Tratamento

46-Tipo de Tratamento

47-Tipo de Tratamento

48-Tipo de Tratamento

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 de profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinalado(s), foi(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa