



3-Dia de emissão da Guia	12/5/02/12/11
4-Dia de Autorização	10/3/03/12/11
5-Semana AUTORIZADO	
6-Número da Guia Principal	8334185
7-Dia Validade da Semana	12/6/05/12/11

medo da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão
10 2 0 2 5 3 5 7 2 7 6 0 0 0 0 0 1 0 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	1 _ 1 _ 1 _ 1 _	
nome	14-Teléfono	15-Nome do titular do plano		

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
KLLOS HENRIQUE FIALHO GOMES	() -		
06/10/2004			
s do Contrato Responsável pelo Tratamento			SAMARA GOMES FIALHO
Encaminhamento a RN	025 -		

14154419668													
22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF													
23-Número no CRO 1750													
24-UF MS													
25-Código CNES													

Faturar Empresa

Nome do Profissional Exercente	MARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF		
	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
	1750	MS	

[illegible][illegible]

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folioaram 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 ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

observação

Dr. Carlos Eduardo F. Mallat

ata, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: MES 01/2/99.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local, Carimbo da Empresa

485595
INTERCÂMBIO