



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2010	4-Data de Autorização 10/3/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923854	7-Data Validade da Senha 12/9/12	8-Número da Carteira 10/02/2012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/12/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome WELLINRY ARIEL SANTOS DO NASCIMENTO	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano ERICA APARECIDA SANTOS DO NASCIMENTO	16-Identificação a RN N	17-Nome do Profissional Societário EDUARDO HADDAD FILHO	18-Número no CRO 56102	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110151212716181517	22-Nome do Contratado Exequatante EDUARDO HADDAD FILHO	23-Número no CRO 56102	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Exequatante EDUARDO HADDAD FILHO	27-Número no CRO 56102	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glor 42-Assinatura
--------------------------	---	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------	--	--------------------	---	----------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--------------	--

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	------------------------	---	----------------------------------	----------------------------	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PROFILAXIA: POLIMENTO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROFILAXIA: POLIMENTO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROFILAXIA: POLIMENTO	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROFILAXIA: POLIMENTO	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HASD	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HASE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAIE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAID	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Societário	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas disponíveis, 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) acima, e por mim assinado(s), não tem finalidade de seguro, 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) acima, e por mim assinado(s), não tem finalidade de seguro, 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) acima, e por mim assinado(s), não tem finalidade de seguro, 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.