



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 05/10/1973 4-Código de Autorização 05/10/1973 5-Será Autorizado AUTORIZADO 6-Estabelecimento de Saúde 7934860 7-Data Validade da Guia 03/10/1973 8-Intercâmbio 390161

9-Atividade de Saúde 01020202529753500000101 10-Atividade de Saúde POS REDE PRESTADORA 11-Atividade de Saúde DENTAL UNI COOPERATIVA 12-Atividade de Saúde 13-Atividade de Saúde 14-Atividade de Saúde 15-Atividade de Saúde 16-Atividade de Saúde 17-Atividade de Saúde 18-Atividade de Saúde 19-Atividade de Saúde 20-Atividade de Saúde 21-Atividade de Saúde 22-Atividade de Saúde 23-Atividade de Saúde 24-Atividade de Saúde 25-Atividade de Saúde 26-Atividade de Saúde 27-Atividade de Saúde 28-Atividade de Saúde 29-Atividade de Saúde 30-Atividade de Saúde 31-Atividade de Saúde 32-Atividade de Saúde 33-Atividade de Saúde 34-Atividade de Saúde 35-Atividade de Saúde 36-Atividade de Saúde 37-Atividade de Saúde 38-Atividade de Saúde 39-Atividade de Saúde 40-Atividade de Saúde 41-Atividade de Saúde 42-Atividade de Saúde 43-Atividade de Saúde 44-Atividade de Saúde 45-Atividade de Saúde 46-Atividade de Saúde 47-Atividade de Saúde 48-Atividade de Saúde 49-Atividade de Saúde 50-Atividade de Saúde 51-Atividade de Saúde 52-Atividade de Saúde 53-Atividade de Saúde 54-Atividade de Saúde 55-Atividade de Saúde 56-Atividade de Saúde 57-Atividade de Saúde 58-Atividade de Saúde 59-Atividade de Saúde 60-Atividade de Saúde 61-Atividade de Saúde 62-Atividade de Saúde 63-Atividade de Saúde 64-Atividade de Saúde 65-Atividade de Saúde 66-Atividade de Saúde 67-Atividade de Saúde 68-Atividade de Saúde 69-Atividade de Saúde 70-Atividade de Saúde 71-Atividade de Saúde 72-Atividade de Saúde 73-Atividade de Saúde 74-Atividade de Saúde 75-Atividade de Saúde 76-Atividade de Saúde 77-Atividade de Saúde 78-Atividade de Saúde 79-Atividade de Saúde 80-Atividade de Saúde 81-Atividade de Saúde 82-Atividade de Saúde 83-Atividade de Saúde 84-Atividade de Saúde 85-Atividade de Saúde 86-Atividade de Saúde 87-Atividade de Saúde 88-Atividade de Saúde 89-Atividade de Saúde 90-Atividade de Saúde 91-Atividade de Saúde 92-Atividade de Saúde 93-Atividade de Saúde 94-Atividade de Saúde 95-Atividade de Saúde 96-Atividade de Saúde 97-Atividade de Saúde 98-Atividade de Saúde 99-Atividade de Saúde 100-Atividade de Saúde

13-Atividade de Saúde

14-Atividade de Saúde

15-Atividade de Saúde

16-Atividade de Saúde

17-Atividade de Saúde

18-Atividade de Saúde

19-Atividade de Saúde

20-Atividade de Saúde

21-Atividade de Saúde

22-Atividade de Saúde

23-Atividade de Saúde

24-Atividade de Saúde

25-Atividade de Saúde

26-Atividade de Saúde

27-Atividade de Saúde

28-Atividade de Saúde

29-Atividade de Saúde

30-Atividade de Saúde

31-Atividade de Saúde

32-Atividade de Saúde

33-Atividade de Saúde

34-Atividade de Saúde

35-Atividade de Saúde

36-Atividade de Saúde

37-Atividade de Saúde

38-Atividade de Saúde

39-Atividade de Saúde

40-Atividade de Saúde

41-Atividade de Saúde

42-Atividade de Saúde

43-Atividade de Saúde

44-Atividade de Saúde

45-Atividade de Saúde

46-Atividade de Saúde

47-Atividade de Saúde

48-Atividade de Saúde

49-Atividade de Saúde

50-Atividade de Saúde

51-Atividade de Saúde

52-Atividade de Saúde

53-Atividade de Saúde

54-Atividade de Saúde

55-Atividade de Saúde

56-Atividade de Saúde

57-Atividade de Saúde

58-Atividade de Saúde

59-Atividade de Saúde

60-Atividade de Saúde

61-Atividade de Saúde

62-Atividade de Saúde

63-Atividade de Saúde

64-Atividade de Saúde

65-Atividade de Saúde

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, compreendendo-me a cumprir as obrigações 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), não foram realizados, não serão realizados e não serão realizados em nome de terceiros, sob pena de anulação do presente documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

49-Data, local e Assinatura do Paciente

50-Data, local e Assinatura do Profissional

51-Data, local e Assinatura do Profissional

52-Data, local e Assinatura do Profissional

53-Data, local e Assinatura do Profissional

54-Data, local e Assinatura do Profissional

55-Data, local e Assinatura do Profissional

56-Data, local e Assinatura do Profissional

57-Data, local e Assinatura do Profissional

43-Data, local e Assinatura do Profissional

44-Data, local e Assinatura do Profissional

45-Data, local e Assinatura do Profissional

46-Data, local e Assinatura do Profissional

47-Data, local e Assinatura do Profissional

48-Data, local e Assinatura do Profissional

49-Data, local e Assinatura do Profissional

50-Data, local e Assinatura do Profissional

51-Data, local e Assinatura do Profissional

52-Data, local e Assinatura do Profissional

53-Data, local e Assinatura do Profissional