



1-Registro ANS 406414	3-Cada de Emissão de Guia 0131/021/211	4-Dia de Autorização 031/021/211	5-Série AUTORIZADO	6-Numero de Guia Principal 8263260	7-Data Validade de Série 041/051/211
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

468/42

6-Alfabeto da Carteira	0002025347712000000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

[illegible]

16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-U.F.		20-Código CBO 3	
N		PAULINO DOS SANTOS		94633		SP			
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF				22-Nome do Contratado Escrivão		23-Número no CRO		24-U.F.	
13 2 2 1 6 2 0 3 8 1 5				PAULINO DOS SANTOS		94633		SP	
25-Nome do Profissional Escrivão				26-Número no CRO		27-U.F.		28-Código CBO 3	
PAULINO DOS SANTOS				94633		SP			

Faturar Empresa

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, regras, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atencioso com os cuidados necessários para a realização do tratamento, bem como a pagar o valor devido pelo mesmo, no prazo e de acordo com o plano de tratamento estabelecido, sob pena de aplicação das sanções previstas no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo e Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, o tratamento realizado, comprometendo-me a atencioso com os cuidados necessários para a realização do tratamento, bem como a pagar o valor devido pelo mesmo, no prazo e de acordo com o plano de tratamento estabelecido, sob pena de aplicação das sanções previstas no contrato.

[illegible]