



1-Registro ANS 4068414	3-Dados de Emissão da Guia 10/11/09 12:01	4-Cidade de Autorização 10/31/09 12:01	5-Benefício AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7838348	7-Dados Validados da Simulação 13/01/11 12:01
---------------------------	--	---	---------------------------	---------------------------------------	--

367690
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 1 0 0 9 0 0 0 0 0 0 1 0 3
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dia Vencido da Carteira	11 / 11 / ...
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	ANDERSON GOMES DA SILVA OLIVEIRA									
14-Telefone	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
15-Nome do titular do plano	NATALLIA DOS SANTOS SOUSA									

16-Adscrição ao RPPR	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-Idade	20-Código DBO 8
N	ERWYN COVALIC	104442	025 - 104442	

21-Idade na Inscrição / CNPJ / CPF		22-Nome do Contribuinte Específico		23-Número no CNPJ		24-UF		25-Código CNIS	
33/5/8/7/4/2/3/8/5/7		ERWYN COVALUC		104442		SP			
26-Nome do Contribuinte Específico		27-Número no CNPJ		28-UF		29-Código CBO 8			
ERWYN COVALUC		104442		SP					

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible][illegible]

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 do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, 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 a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible][illegible][illegible]