

2-Nitro



3-Dia da Emissão da Guia	10/08/2013
4-Dia de Autenticação	10/08/2013
5-Semana	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8363875
7-Dia Validade da Semana	10/08/2013

10-Plano	11-Data Vistoria da Carteira	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
POS REDE PRESTADORA	____/____/____	
10-Empresa	13-Nome do titular do plano	
DENTAL UNI COOPERATIVA	THAIS DE MOURA CABRAL	
14-Telefone		
(____) _____-____		
Nome		
XUE EMILIO CABRAL DA SILVA		
01/11/2005		
15-Número da Carteira		
10 2 0 2 5 3 5 7 4 0 0 0 0 0 0 1 0 2		

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
-------------------------------------	------------------	-------	-----------------

CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF						Faturar Empresa
			MS			
1750						
23-Número no CRO			24-LF	25-Código CNES		
1750			MS			Enviar - RX (1) 85100216
27-Número no CRO			28-LF	29-Código CBO S		
1750			MS			(1) 85100200 (1) 85100200
Z2-Nome do Contratado Exatante						
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF						
Z3-Idigo na Operadora / CNPJ / CPF						
7 4 1 5 4 4 1 9 6 6 8						
Nome do Profissional Exatante						
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF						

[illegible]

lar, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 rateio. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folheiam 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Carlos Roberto F. Silva

Assinatura

~~QMS 6117953~~

51-Dala Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

51-Dala Local e Assinatura do Cirurgião

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

Responsável	33- Data, local e Carimbo da Empresa
Assinatura	Assinatura do Diretor