



1-Registro ANS 406414	2-Sede de Emissão da Guia 12101101210	3-Código de Autorização 12101101210	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7975654	6-Dia Validade da Sentença 11810111211
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

1-Data de Beneficiário 2-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 1 9 2 8 3 0 0 0 0 0 0 1 0 3	3-Plano POS REDE PRESTADORA	4-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	5-Data Vencimento da Carteira 11/11/11	6-Número de Cartão 1
---	---	--	--	------------------------------------

13.Nome	EDUARDO FIGUEIREDO CHAVES
27/09/2005	
14. Trabalho	99561842
(173)	
15.Nome do Ilustre Advogado	SANDRA PEREIRA FIGUEIREDO

Dados do Contrato respondido por: Titular	
71-Avenida de a RN	17-Avare do Profissional Solicitante
N	THIAGO MALBAR MOSCON
18-Numero do CRO	
8005	19-LUF
BA	20-Código CBO S
21-Código CNES	025 -
Faturar Empresa	

21-Contribuinte na Overdracht - CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Exatissimo	23-Contribuinte no CRR	24-UF	25-Endereço CRR S
018121761181571318	THIAGO MALBAR MOSCON	8005	BA	
26-Nome do Prestador Exatissimo		27-Nome no CRR	28-UF	
THIAGO MALBAR MOSCON		8005	BA	

Formulário de Tratamento / Procedimentos Odontológicos												
20- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Data Realizado	34- Freq.	35- Dose	36- Quantidade US	37- Valor	38- Freqüência Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Valor da Exat.	42- Assinatura
1- 0 0	1 8 1 0 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 1 0					2 1 1 0 2 1	6 5 0 0 0 0 0 0
2- 0 0	1 8 4 0 1 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5 1 0 1 0					2 1 1 0 2 1	6 5 0 0 0 0 0 0
3- 0 0	1 8 4 0 1 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5 1 0 1 0					2 1 1 0 2 1	6 5 0 0 0 0 0 0
4- 0 0	1 8 4 0 1 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5 1 0 1 0					2 1 1 0 2 1	6 5 0 0 0 0 0 0
5- 0 0	1 8 4 0 1 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5 1 0 1 0					2 1 1 0 2 1	6 5 0 0 0 0 0 0
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data Prevista 2º turno do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Pagamento

46- Total da Participação R\$

47- Valor Total R\$

48- Total Freqüência / Co-participação R\$

49- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgião 4- Urgência/Emergência

50- Total 2- Exat.

51- Total 2- Exat.

52- Total 2- Exat.

53- Total 2- Exat.

54- Total 2- Exat.

55- Total 2- Exat.

56- Total 2- Exat.

57- Total 2- Exat.

58- Total 2- Exat.

59- Total 2- Exat.

60- Total 2- Exat.

61- Total 2- Exat.

62- Total 2- Exat.

63- Total 2- Exat.

64- Total 2- Exat.

65- Total 2- Exat.

66- Total 2- Exat.

67- Total 2- Exat.

68- Total 2- Exat.

69- Total 2- Exat.

70- Total 2- Exat.

71- Total 2- Exat.

72- Total 2- Exat.

73- Total 2- Exat.

74- Total 2- Exat.

75- Total 2- Exat.

76- Total 2- Exat.

77- Total 2- Exat.

78- Total 2- Exat.

79- Total 2- Exat.

80- Total 2- Exat.

81- Total 2- Exat.

82- Total 2- Exat.

83- Total 2- Exat.

84- Total 2- Exat.

85- Total 2- Exat.

86- Total 2- Exat.

87- Total 2- Exat.

88- Total 2- Exat.

89- Total 2- Exat.

90- Total 2- Exat.

91- Total 2- Exat.

92- Total 2- Exat.

93- Total 2- Exat.

94- Total 2- Exat.

95- Total 2- Exat.

96- Total 2- Exat.

97- Total 2- Exat.

98- Total 2- Exat.

99- Total 2- Exat.

100- Total 2- Exat.

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os propósitos, fins, custos e alternativas de atendimento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do atendimento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que ceto, procedendo(a) de(s) acordo com os termos estabelecidos no contrato, realizando, 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 atendimento, conforme previsto em contrato.

[illegible]