



1-Registro AHS 406414 2-Dia de Emissão do Guia 12/4/10 3/12/11 4-Dia de Autorização 12/4/10 3/12/11 5-Será AUTORIZADO 6-Número do Guia Principal 8419514 7-Dia de Validade da Seria 12/12/10 8/12/11

8-Número da Carteira 10/10/2012 5/3/5/5/3/10/6/0/0/0/0/1/0/3/1 9-Tipo POS REDE PRESTADORA 10-Enunciado DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Cota Validade da Carteira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA DE LOURDES ALVES DA SILVA 13/12/1943 14-Telefone (11) 3281-1813 15-Nome do titular do plano SIREI FERREIRA AMILTON

16-Endereço do Contratado Residência (seu Tratamento) 17-Endereço da Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON 18-Número no CRO 8005 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora - CNPJ/CPF 10/8/2/7/6/1/8/5/7/3/8 22-Nome do Contratado Exatante THIAGO MALBAR MOSCON 23-Número no CRO 8005 24-UF BA 25-Código CBO S

26-Nome de Profissional Exatante THIAGO MALBAR MOSCON 27-Endereço do Contratado Exatante 28-Endereço da Profissional Solicitante 29-Endereço do Contratado Exatante 30-Endereço da Profissional Solicitante

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Endereço	34-Frete	35-CDU	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Participação R\$	39-Valor	40-Cota de Realização	41-Valor da Cota	42-Valor da Realização
1-10/10	18/110/00/016/5/1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3/4/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
2-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
3-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
4-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
5-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
6-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
7-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
8-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
9-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
10-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
11-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
12-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
13-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
14-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1
15-10/10	18/410/00/019/8/1	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3/5/10/0	0,10/0,10	1	1	1	1	1

43-Data Fim do Tratamento 11/03/11 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1/1/7/4/10/0 47-Valor Total R\$ 10,10/0 48-Total Franquia / Participação R\$

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

50-Observação 51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/11 52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/11 53-Data e Assinatura do Operador de Saúde 29/03/11 54-Data e Assinatura do Profissional Assistente 29/03/11

55-Data e Assinatura do Profissional Assistente 29/03/11 56-Data e Assinatura do Profissional Assistente 29/03/11 57-Data e Assinatura do Profissional Assistente 29/03/11 58-Data e Assinatura do Profissional Assistente 29/03/11