



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão do Guia 19/10/21	3-Data de Autorização 12/10/21	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 831926	6-Data de Vencimento 12/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Dados do Beneficiário Número da Carteira 10 0 2 1 0 2 1 5 2 2 5 1 9 1 7 1 6 0 0 1 0 0 0 4 0 0 4	Data POS REDE PRESTADORA	1ª Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11 - Data 1ª Salda da Carteira / / / / / / / / / /	12 - Número de Cartão
---	-----------------------------	---	---	-----------------------

13.NOME	JULIA DE JESUS BARRETO
03/07/2007	
14.Valor	(R\$) 8964,30
15.NOME	JOSE MARCOS BARRETO

[illegible]

2. L. Cadastro de Operadoras - CNPJ / CPF		22. Nome do Contribuinte Excedente	
10	8	2	7
6	1	8	5
7	3	8	
THIAGO MALBAR MOSCON		THIAGO MALBAR MOSCON	
23. Nome do Profissional Excedente		23. Nome no CRO	
THIAGO MALBAR MOSCON		8005	
		BA	
		24. Nome no CRO	
		8005	
		25. UF	
		BA	
		26. Cód. CRO	

Form de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
20-Canal	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Dente	24-Freqüência	25-Dia	26-Qualidade US	27-Matéria	28-Frequência Coeficiente/R\$	29-Soma	40-Custo da Realização	41+Materiais da Glaxo 42+Seguros
1-0-0-	8-5-1-0-0-1-9-6-	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	16-1-1-0-1-0		10-1-0-1-0	S	11	27-04-2021
2-0-0-	8-5-1-1-0-0-1-9-6-	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	16-1-1-0-1-0		10-1-0-1-0	S	11	27-04-2021
3-0-0-	8-5-1-0-0-1-9-6-	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	16-1-1-0-1-0		10-1-0-1-0	S	11	27-04-2021
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Dados Finais de Tratamento

44-Tipo de Atendimento: ☐ 1-Tratamento Odontológico; 2-Exame Radiográfico; 3-Urto dentário; 4-Urgencial/Emergência

45-Tipo de Pagamento: ☐ 1-Total; 2-Parcial

46-Total Quantidade US:

47-Valor Total R\$:

48-Total Frete e Despesa com Paciente R\$:

Declarar, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em Contrato.

Paciente: MARCEL