



1-Ruqumun ANS 406414	3-Data de Emissão da Nota 11/11/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8292860	7-Data Vencimento da Serinha 12/11/2012
-------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

0	0	2	1	0	2	5	3	3	6	4	5	1	0	0	0	0	1	0	3
Instituto da Cerveja																			
POS REDE PRESTADORA																			
11o-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA																			
11-Dente Vaidade da Cerveja																			
12-Instituto do Cerebro																			

13.Nome	JACQUELINE FRANCA DOS SANTOS MOURA
02/01/1983	
14.Valor	9819,2236
15.Nome do titular de plano	ELUZIANO OLIVEIRA MOURA

Dado de Contabilidade Respostas pelo Telenóquio Telenóquio em 17 de Junho de 2005 N.º de Contabilidade Respostas pelo Telenóquio N.º de Contabilidade Respostas pelo Telenóquio	17 de Junho de 2005 THIAGO MALLEAR MOSCON	15 de Junho de 2005 8005	15 de Junho de 2005 BA	15 de Junho de 2005 025 -
--	--	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

2- Código na Operadora: C/PRI / CPF	1018276185738
23- Nome do Contribuinte	THIAGO MALBAR MOSCON
23- Número no CNPJ	8005
24-UF	BA
25- Código CIES	
Enviar - RX	(UF) 05200158-16

22. Nome do Professor(a) Excedente	23. Número no CRU	24. UF	25. Endereço CBO S
THIAGO MALBAR MOSCON	8005	BA	

20-Topic	21-Column to Pseudonym	22-Entity	23-Date Range	24-Force	25-City	26-Quantitative US	27-Actor	28-Entity to Participate in	29-Act	30-Date
31-Column to Pseudonym	32-Entity	33-Date Range	34-Force	35-City	36-Quantitative US	37-Actor	38-Entity to Participate in	39-Act	40-Date	

[illegible][illegible][illegible][illegible]A vertical ruler with markings from 1 to 11 inches. The markings are in inches, with each inch divided into four smaller units. The ruler is oriented vertically, with the 1-inch mark at the top and the 11-inch mark at the bottom.[illegible]

14

15

43- Data Fiquidez Termino do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Atendimento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$
25/02/2011	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Urgência 4- Emergência	1- Total 2- Parcial	15 3 10 0	10

Dedarei, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alta malhas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável pelo tratamento, e a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado. Devidor, ainda que (os) profissional(is) acima, e por mim assinado(s), ficaram (re)lido(s), com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado, o tratamento aqui realizado, a partir cont. e os custos do mesmo, devidamente comprovados.

25/02/21	25/02/21	25/02/21	25/02/21
Assinatura do Coordenador Científico	Assinatura do Coordenador Científico	Assinatura do Beneficiário / Representante	Assinatura do Responsável

53. Data rec. e Grmto. de Expresso

ato / Responsável

de Carolin Françoise dos Santos Pereira