



1-Registro ANS
406414

3-Código de Emissão da Guia
1018110121211

4-Código de Autorização
11110121211

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8277238

7-Data Vencimento da Guia
10/09/2015

471652
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

10-Endereço da Carteira

101012101215131511372101010101011

11-Idade

POS REDE PRESTADORA

12-Endereço

DENTAL UNI COOPERATIVA

13-Data Vencimento da Carteira

11/11/11

14-Número de Cartão Nacional de Saúde

11/11/11

15-Nome

CLEICIMAR DE JESUS SENA

25/11/2002

16-Telefone

(11) 918041-0883

17-Nome do titular do Ativo

CLEICIMAR DE JESUS SENA

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

18-Abordamento e RN

THIAGO MALBAR MOSCON

19-Nome do Contratado/Executante

THIAGO MALBAR MOSCON

20-Número no CRO

8005

21-Número no CRO

8005

22-UF

BA

23-UF

BA

24-Código CBO S

025 -

25-Código CNES

BA

26-Código CBO S

025 -

27-Código CNES

BA

28-Código CBO S

025 -

29-Código CNES

BA

30-Código CBO S

025 -

31-Código CNES

BA

32-Código CBO S

025 -

33-Código CNES

BA

34-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora - CNU/CNP/CPE

1018121716118151713181

22-Nome do Contratado/Executante

THIAGO MALBAR MOSCON

23-Nome do Contratado/Executante

THIAGO MALBAR MOSCON

24-Número no CRO

8005

25-Número no CRO

8005

26-UF

BA

27-UF

BA

28-Código CBO S

025 -

29-Código CNES

BA

30-Código CBO S

025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Indicador de Procedimento

1-1010181511010121181

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

33-Debito Região

47

34-Frete

11

35-Ciut

11

36-Quantidade US

112121010

37-Valor

101010

38-Franquia Co-participação R\$

11110101010

39-Adit

11110101010

40-Data de Realização

11/02/2015

41-Valor da Guia

11110101010

42-Assinatura

11110101010

43-Valor da Guia

11110101010

44-Valor da Guia

11110101010

45-Valor da Guia

11110101010

46-Valor da Guia

11110101010

2-0101815110101210101

RESTAURAÇÃO RESINA

45

OD

11

8181010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

101010

112121010

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tornaram-se realizados 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, cumprindo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Observação

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011

11/02/2011