

2412

1-Registro ANIS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/01/12/11	4-Data de Autorização 12/15/11/01/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8222335	7-Data Vencível da Guia 12/11/04/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Endereço da Carteira 10/012101215131418191171010101011011	9-Idade POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
11-Nome BRUNO PEREIRA DE PAULO SANTOS	29/04/1993		14-Telefone (713) 911515-541211		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11
Dados do Contratado Respondevel pelo Tratamento			12-Número de Cartão Nacional de Saúde BRUNO PEREIRA DE PAULO SANTOS		
11a-Advertência a RM N	12a-Idade do Profissional Substituto THIAGO MALBAR MOSCON	13a-Nome do Contratado Especiatista THIAGO MALBAR MOSCON			
21-Idade na Operação - CNPU / CPE 10/81217161118151713181111	22a-Nome do Profissional Especiatista THIAGO MALBAR MOSCON				
23a-Nome do Profissional Especiatista THIAGO MALBAR MOSCON	24a-Número na CRO 8005	25a-UF BA	26a-UF BA	27a-Número na CRO 8005	28a-UF BA
29a-Código CBO S		30a-Código CBO S			
025 - Faturar Empresa					

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Coparticipação R\$	39- Data	40- Data de Realização	41- Médico do Exame	42- Assinatura
1-0	0	1	0	0	0	6	5					
1-0	0	1	0	0	0	6	5					
2-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
2-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
3-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
3-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
4-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
4-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
5-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
6-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
7-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
8-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
9-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
10-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
11-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
12-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
13-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
14-0	0	1	0	0	0	1	9	8				
15-0	0	1	0	0	0	1	9	8				

Declaro, 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 aceitar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que(s) procedimento(s) dentário(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, compreendendo-me a aceitar com os custos conforme previsto em contrato.

15-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
16-Data, local e Assinatura do Curador-Denunciante	
17-Data, local e Assinatura do Curador-Denunciante	
18-Data, local e Assinatura do Curador-Denunciante	

25/01/21	Tuning fork	25/01/21	Tuning fork	25/01/21	Burno F. Santos