



Endereço do Beneficiário	1-Região: ANG 406414	3-data de Emissão da Guia 11/2/02/21	4-Data de Autorização 11/9/02/21	5-Seriem AUTORIZADO	8295862	11-Data Vencível via Carteira	12-Número de Carteira
							11/3/05/21

12-Numéro du Certificat National de Santé

13.Nome JULIA DE JESUS BARRETO	13.Hab. POS REDE PRESTADORA
03/07/2007	14.Valor (R\$) 9930,00
15.Nome do titular do cartão JOSE MARCOS BARRETO	15.Valor (R\$) 9930,00

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Mestre do Profissional Solicitante:
THIAGO MALBAR MOSCON

24	Código na Operação - CNPJ / CPF
108217611857318	22-Aluno do Contrapelo Exercente
	THIAGO MALBAR MOSCON

26. Nome do Profissional Exercente
THIAGO MALBAR MOSCON

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Plano de Tratamento / Procedimentos Escalonados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dent. Referência	34-Fraco	35-QD	36-Quantidade US	37-Unid.	38-Franquia Co-participação R\$	39-Vale	40-Cob. de Realização	41-Mo. da Class. 42-Mo. Anual
1-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	16 1 0 0		0 0 0 0	S	1 9	02/2021
2-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	16 1 0 0		0 0 0 0	S	1 3	02/2021
3-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	16 1 0 0		0 0 0 0	S	1 9	02/2021
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

Atenção: Preencher Termos do Tratamento

☐ 1- Tratamento Odontológico

2- Exame Radiográfico

3- Ortopedia

4- Urgência/Emergência

43-Tipo de Faturamento

☐ 1- Total

2- Parcial

46-Total Quantitativo US

183,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que este procedimento(s) descrito(s) acima, é por mim assinado(s), melhoram (realizam) o(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.

Assinatura: Alexandre Mendes

40-Over: 2000

1 Patient Menon

CO-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dati, local e a data da cirurgia dentária

190241/Am

March 1982