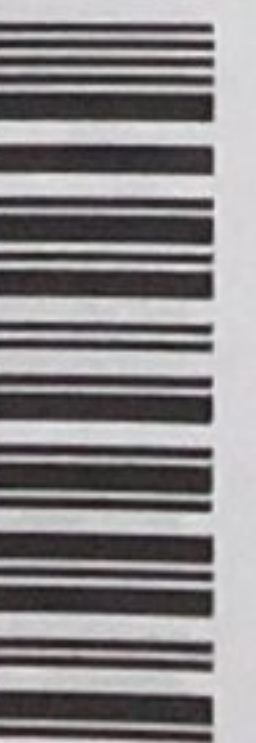


**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-Nº



1-Registro ANS 406414  
 3-Data de Emissão da Guia 11/21/05/1211  
 4-Data de Autorização 12/5/05/1211  
 5-Senha AUTORIZADO  
 6-Número da Guia Principal 8579745  
 7-Data Validade da Senha 11/01/08/1211

8-Número da Carteira 002025253067001010102  
 9-Plano POS REDE PRESTADORA  
 10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
 13-Nome EVA HERICA PEREIRA SANTOS  
 14-Telefone  
 15-Nome do titular do plano ADEMIR DO NASCIMENTO SILVA  
 16-Atendimento a RN  
 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER  
 18-Número no CRO 12222  
 19-UF BA  
 20-Código CBO S 06  
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02379397546  
 22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO  
 23-Número no CRO 12222  
 24-UF BA  
 25-Código CNES  
 26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO  
 27-Número no CRO 12222  
 28-UF BA  
 29-Código CBO S  
 29-Franquia/Co-participação R\$ 025 - Faturar Empresa

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0	SI	25/11/21		<i>[Assinatura]</i>
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0	SI	25/11/21		<i>[Assinatura]</i>
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0	SI	25/11/21		<i>[Assinatura]</i>
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0	SI	25/11/21		<i>[Assinatura]</i>
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0	SI	25/11/21		<i>[Assinatura]</i>
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento  
 44-Tipo de Atendimento  
 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência  
 45-Tipo de Faturamento  
 1-Total 2-Parcial  
 46-Total Quantidade US 1178,00  
 47-Valor Total R\$ 0,00  
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do 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), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação  
 Dr. Edimário Alves de Jesus Neto  
 Cirurgião-Dentista  
 CRO-BA 19.222

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
 25/11/05/1211  
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
 CRO-BA 19.222  
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
 25/11/05/1211  
 53-Data, local e Carimbo da Empresa  
 25/11/05/1211