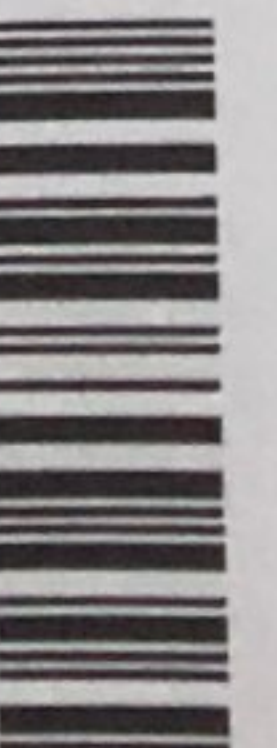


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2015 4-Data de Autorização 18/05/2015 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8568920 7-Data Validade da Sentença 10/08/2018 546351 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253423660000102

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PAULO RICARDO COUSINO CALDEIRA

04/07/1988

14-Telefone

15-Nome do Titular do plano DANIELA MIRANDA CAVALCANTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER

18-Número no CRO 12222

19-UF BA

20-Código CBO S 06

025 - Faturar Empresa

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 CHES

26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO

27-Número no CRO 12222

28-UF BA

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	18/05/2015			
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	18/05/2015			
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	18/05/2015			
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	18/05/2015			
5	00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	18/05/2015			
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Vale Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00								

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 meu nome e por 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/2015 Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 18/05/2015 Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/05/2015 Paulo R.C. Cavalcante

53-Data, local e Carimbo da Empresa