



974983
INTERCÂMBIO

1-Estado ANS 436414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2012	4-Data de Autorização 10/05/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9883738	7-Data Validade da Seria 08/08/2012
------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538009200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---

13-Nome LILIAN NAYRAN SILVA DIAS	14-Data de Nascimento 25/03/1991	15-Nome do titular do plano LILIAN NAYRAN SILVA DIAS
-------------------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ODONTOMÉDICA VIVER	18-Número no CRO 12222	19-UF BA	20-Código CBO 06	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---------------------	--------------------------

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 02379397546	22-Nome do Contratado Executante EDIMÁRIO ALVES DE JESUS NETO	23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CBO
--	--	---------------------------	-------------	---------------

26-Nome do Profissional Executante EDIMÁRIO ALVES DE JESUS NETO	27-Número no CRO 12222	28-UF BA	29-Código CBO
--	---------------------------	-------------	---------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Causa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/05/2012		Lilian
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 34,00	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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2012 Dr. Edimário Alves de Jesus Neto CRO-BA 12.222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2012 Dr. Edimário Alves de Jesus Neto Cirurgião-Dentista CRO-BA 12222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2012 Lilian Nayran S. Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/2012 Dr. Edimário Alves de Jesus Neto Cirurgião-Dentista CRO-BA 12222
--	---	--	---