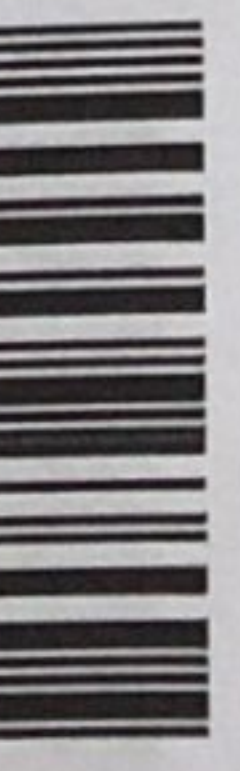


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2015	4-Data de Autorização 12/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8599821	7-Data Validade da Senha 11/08/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525306700046801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Centro Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome ROBSON DA FRANCA DE SOUZA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROBSON DA FRANCA DE SOUZA
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH 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/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	61,00	0,00	0,00				21/05/21, Robson
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	61,00	0,00	0,00				21/05/21, Robson
3-00												
4-00												
5-00												
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 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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

Fotografar anexo

50-Selo local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/21, Edimario Alves de Jesus Neto	51-Selo local e Assinatura do Contratado / Responsável 21/05/21, Robson da Franca de Souza	52-Selo local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/21, Robson da Franca de Souza	53-Selo local e Assinatura da Empresa 21/05/21
--	---	---	---

CRO-BA 12.222

CRO-BA 12.222