



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/03/05 4-Data de Autorização 24/05/12 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8582813 7-Data Validade da Serinha 11/08/12 550056 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202525306700033501 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 JARBAS DA SILVA SANTANA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JARBAS DA SILVA SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV N 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 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/05/12		Jarbas
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00			24/05/12		Jarbas
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00			24/05/12		Jarbas
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00			24/05/12		Jarbas
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00			24/05/12		Jarbas
6					1	36,00	0,00			24/05/12		Jarbas
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 178,00 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) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável por JESUS NETO 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/05/12 CRO-BA-12.222