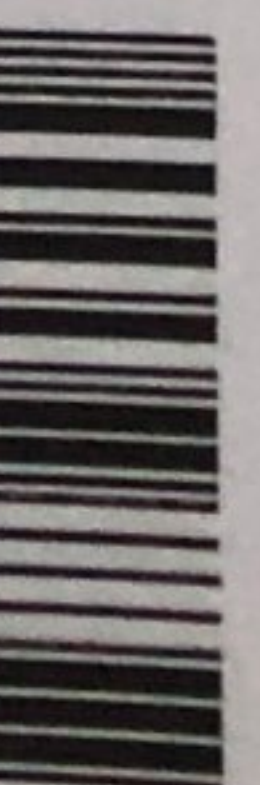


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2015	4-Data de Autorização 12/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8595251	7-Data Validade da Senha 11/08/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número do Cartão 010202535491700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FLAVIA CAROLAEY PEREIRA MESQUITA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELINEIDE DE LIMA PEREIRA
---	------------------------------	---

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 (I) 85100200 (II) 85100200	Enviar - RX
--	--	---------------------------	-------------	---	-------------

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

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 Classe	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		21/05/2015	Flaviana	
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00				
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 1176,00	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 apresentado, 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 21/05/13 Flávia Carolaeny Pereira Mesquita CRO-BA 12/222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 21/05/21 Edimário Alves de Jesus Neto Cirurgião Dentista CRO-BA 12/222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/21 Elineide de Lima Pereira CRO-BA 12/222	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/05/21
---------------	--	--	---	---