



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012 4-Data de Autorização 15/11/2012 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8142452 7-Data Validade da Semeta 14/10/2012

440254
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534188700000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa EUJANIA GUIMARAES DOS SANTOS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ALEXNALDO SANTOS PIMENTEL 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano EUJENIA GUIMARAES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 16305 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523 22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 16305 24-UF BA 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 16305 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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	15,12	20			
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	15,12	20			
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	36,00	0,00	15,12	20			
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	15,12	20			
5-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	15,12	20			
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

33.728.651/0001-51

Consultório Odontológico Império Sorriso

Av. Delfina Caymhi, 14193

Itapua, CEP 41085-150

Ed. Walter Negreiros, Sala 110

/ Salvador - BA.

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-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 178,00 47-Valor Totál R\$ 10,00 48-Totál 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 Solicitante 15/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2012 53-Data, local e Assinatura da Empresa 15/11/2012