



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10/15/12/11	4-Data de Autenticação 10/8/10/15/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8562769	7-Data Validade da Senha 10/15/10/18/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

544666
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102025253067700033703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome VIVIANE SOLIDADE GONCALVES		14-Telefone (71) 99611598		
15-Nome do titular do plano JOSE UILHAN AGUIAR LOPES		16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 22/06/1989		

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	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 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400149-15 (IF) 85400220-15	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-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Medicação
1-00	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	15	1	1	154,00	0,00				DA	OS
2-00	85400149	COROA TOTAL METÁLICA	15	1	1	472,00	0,00				DA	OS
3-00	85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	15	1	1	299,00	0,00				DA	OS
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 Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 9125,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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) 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 Beneficiário Responsável 12/12/22	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 12/12/22	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 12/12/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------

Dr. Edimário Alves de Jesus Neto
Dr. Edimário Alves de Jesus Neto
Rodrigo de Almeida