



946265
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2017	4-Data de Autorização 14/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9799715	7-Data Validade da Senha 13/07/2017
Dado do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525306700025203	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 VICTOR DE SOUSA BASTOS		14-Telefone 10/07/2017	15-Nome do titular do plano VANDERSON MOURA BASTOS		
Dado do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER	18-Número no CRO 12222	19-LF BA	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 02379397546	22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CNIS	
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		27-Número no CRO 12222	28-LF BA	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	51	I	1	61,00	0,00		S			22/04/22
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	61	I	1	61,00	0,00		S			22/04/22
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00	0,00		S			22/04/22
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00		S			22/04/22
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista do 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 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, com prometido-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Edimário Alves de Jesus Neto CRO-BA 12.222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado Dr. Edimário Alves de Jesus Neto CRO-BA 12.222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Vanderson Moura Bastos CRO-BA 12.222	53-Data, local e Assinatura da Empresa de Jesus Neto CRO-BA 12.222
---------------	--	---	--	---