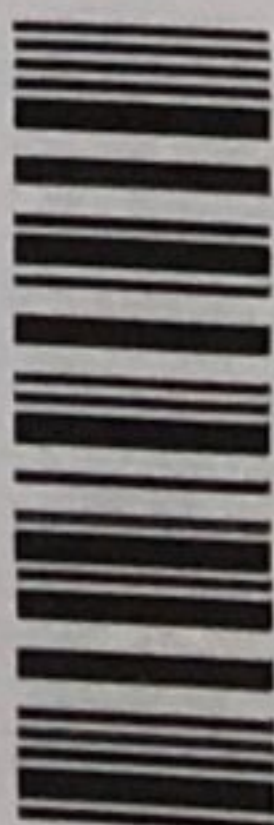


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/2015 4-Data de Autorização 12/09/2015 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8645823 7-Data Validade da Serha 12/09/2015 568333 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202538045600000101 9-Pla no POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/09/2015 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SIMONE MARIA MARQUES DE OLIVEIRA 14-Telefone 19/04/1978 15-Nome do Titular do plano SIMONE MARIA MARQUES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER 18-Número no CRO 12222 19-UF BA 20-Código CBO S 06 25 - 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

26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO 27-Número no CRO 12222 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	082000816	EXODONTIA A RETALHO	47	1	1	73,00	0,00			29/05/2015		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista 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 73,00 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, 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: 29/05/2015, Cirurgião-Dentista: Edimário Alves de Jesus Neto, CRO-BA 12.222. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 29/05/2015, Cirurgião-Dentista: Edimário Alves de Jesus Neto, CRO-BA 12.222. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 29/05/2015, Beneficiário / Responsável: Simone Maria Marques de Oliveira. 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 29/05/2015.