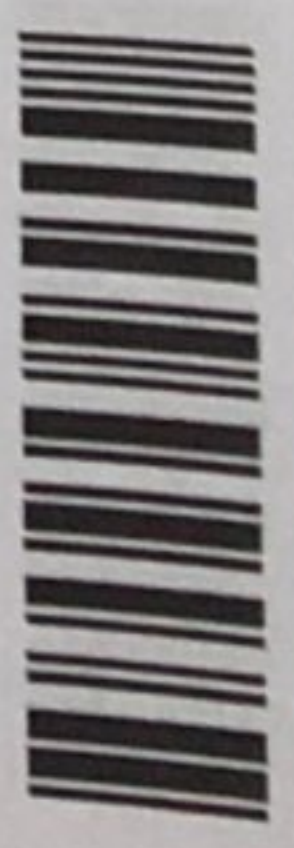




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2014	4-Data de Autorização 12/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8462733	7-Data Validade da Senha 10/07/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020252530670001010102	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 518219 INTERCÂMBIO
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome EVA HERICA PEREIRA SANTOS	08/10/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ADEMIR DO NASCIMENTO SILVA
--------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento 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	
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-Tabella	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
1-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	61,00	0,00				12/05/2012	Guia
2-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	D	1	61,00	0,00				12/05/2012	Guia
3-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00				12/05/2012	Guia
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												
183,00												
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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Edimário Alves de Jesus Neto	Dr. Edimário Alves de Jesus Neto	Fotografar e anexar
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável 12/05/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/05/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Eva Herica P. Santos
53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/05/2012		