



964858  
INTERCÂMBIO

|                                                                    |                                                                   |                                      |                                                           |                                       |                                         |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>02/10/15                             | 4-Data de Autorização<br>06/05/12    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                     | 6-Número da Guia Principal<br>9853004 | 7-Data de Validade da Senha<br>31/07/12 |
| Dado do Beneficiário                                               |                                                                   |                                      |                                                           |                                       |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>00202536521700000101                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data de Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                         |
| 13-Nome<br>CRISTINIANA FERREIRA BRITO                              |                                                                   | 14-Telefone<br>08/03/1980            | 15-Nome do titular do plano<br>CRISTINIANA FERREIRA BRITO |                                       |                                         |
| Dado do Contratado Responsável pelo Tratamento                     |                                                                   |                                      |                                                           |                                       |                                         |
| 16-Atendimento à RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA ODONTOMEDICA VIVER | 18-Número no CRO<br>12222            | 19-LF<br>BA                                               | 20-Código CBO S<br>06                 | 025 -<br>Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPZ<br>02379397546                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO  | 23-Número no CRO<br>12222            | 24-UF<br>BA                                               | 25-Código CNES                        |                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO |                                                                   | 27-Número no CRO<br>12222            | 28-LF<br>BA                                               | 29-Código CBO S                       |                                         |

| 30-Tabeta    | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Régulo | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Fut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glor | 42-Assinatura       |
|--------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| 1-0081000030 |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/05/12              |                   | <i>Dr. Edimário</i> |
| 2-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 3-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 4-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 5-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 6-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 7-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 8-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 9-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 10-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 11-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 12-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 13-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 14-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |
| 15-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |                     |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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(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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                                                                                   |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 49-Observação                                                                                     |                                                                                                   |
| <p>Dr. Edimário Alves de Jesus Neto<br/>Cirurgião Dentista<br/>CRO - BA 12222</p> <p>06/10/12</p> | <p>Dr. Edimário Alves de Jesus Neto<br/>Cirurgião Dentista<br/>CRO - BA 12222</p> <p>06/05/12</p> |
| 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>06/05/12 Cristiniana                 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>06/05/12                                                   |