



978539
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 436414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/12	4-Data de Autorização 11/05/12	5-Senha AUTORIZAÇÃO	6-Número da Guia Principal 9854743	7-Data Validade da Senha 10/08/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253817210000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde
13-Nome ELIENE RIBEIRO DOS SANTOS VIANNA		14-Telefone 17/04/962	15-Nome do titular do plano DEBORA RIBEIRO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER	18-Número no CRO 12222	19-UF BA	20-Código CBO 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 023791397546	22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código INES
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		27-Número no CRO 12222	28-UF BA	29-Código CBO

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 8100421-RPSE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Qualidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação (R\$)	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clíase	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6100	0,00		S	11/05/12		Elisene
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1400	0,00		S	11/05/12		Elisene
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 75,00	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(for)am 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: *Radiografias anexada*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/12 Dr. Edimário Alves de Jesus Neto CRO-BA 12.222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/05/12 Dr. Edimário Alves de Jesus Neto CRO-BA 12.222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/12 Elisene Ribeiro dos Santos Vianna	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/12
--	---	---	---