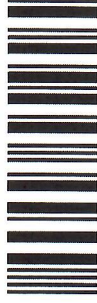




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359552
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 1 7 1 1 1 1 1 2 0 1

6-Número da Guia Principal
50185082

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 9 1 0 8 1 2 0 1

3-Data de Emissão da Guia
1 9 1 0 8 1 2 0 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 3 7 0 0 0 0 0 1 5 7 9 4 3 0 2 1

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA

11-Data Validade da Carteira

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

709009826182115

13-Nome

CRISTIANE PANI LUZ PINTO

14-Telefone

() 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

15-Nome do titular do plano

JOAO CARLOS NUNES PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

18-Número no CRO

26161

19-UF

RS

20-Código CBO S

801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

18 14 5 7 6 5 3 7 0 9 1 1

22-Nome do Contratado Executante

BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

23-Número no CRO

26161

24-UF

RS

25-Código CNES

26161

26-UF

RS

27-Número no CRO

26161

28-UF

RS

29-Código CBO S

801 -

30-Faturar Empresa

801 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

1

34-Face

1

35-Qtd

1

36-Quantidade US

3 4 1 0 0

37-Valor

0 1 0 0

38-Franquia/Co-participação R\$

0 1 0 0

39-Aut

S

40-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0

CONSULTA ODONTOLÓGICA

1

1

3 4 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

6-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

7-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

8-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

9-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

10-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

11-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

12-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

13-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

14-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

15-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

1

1

3 6 1 0 0

0 1 0 0

S

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

43-Data Previsão Término do Tratamento

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

44-Tipo de Atendimento

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

45-Tipo de Faturamento

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

46-Tipo de Faturamento

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

47-Valor Total R\$

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

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 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 Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

24/09/2020

51-Data Local Assinatura do Cirurgião-Dentista

24/09/2020

52-Data Local Assinatura do Qualificador / Responsável

24/09/2020

53-Data, local e Carimbo da Empresa

24/09/2020

Carimbo

Cirurgiã Dentista

CRO/RS 26161