

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016	4-Data de Autorização 12/05/2016	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172519	7-Data Validade da Santa 12/03/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

329882
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003770000023861790	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704004897334966
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome

EDUARDA DE LEON FERREIRA BORGES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 84576537091	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	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 Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 10 0	0 0 0 0					
2- 0 0	8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5 10 0	0 0 0 0					
3- 0 0	8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0 0 0 0					
4- 0 0	8 4 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 10 0	0 0 0 0					
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1 4 0 10	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
---	---	---	------------------------------------	-------------------------------	--

49- Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário-Solicitante 16/05/2016	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 16/05/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/05/2016	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
---	---	---	---

Bruna Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161