

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-No

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/2010 12:00		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50200317		7-Data Validade da Senha 18/01/2011 12:11		400029 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0037000000015793160		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70800036688021			
13-Nome JOAO CARLOS NUNES PINTO		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOAO CARLOS NUNES PINTO			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 845176537091		22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		18-Número no CRO 26161		19-UF RS		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		35-Otd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franchia/Co-participação R\$		39-Aut	
1-00085100196		26		V		1		61100		0100	
2-00085100196		45		V		1		61100		0100	
3-00085100196		46		V		1		61100		0100	
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1		45-Tipo de Faturamento 1		46-Tipo de Faturamento 1		47-Valor Total R\$ 183100		48-Total Franchia / Co-participação R\$ 0000	
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											

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Da Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Bruna Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRP/RS 26161