



333317  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414  
3-Data de Emissão da Guia 10/2/07  
4-Data de Autorização 03/07/2007  
5-Semina AUTORIZADO  
6-Número da Guia Principal 50174071  
7-Data Validade da Semina 3/09/2007

8-Número de Carteira 0103700010016308207  
9-Plano POS REDE PRESTADORA  
10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA  
11-Data Validade da Carteira  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700004670394708

13-Nome SANDRO DOS SANTOS  
14-Telefone  
15-Nome do titular do plano SANDRO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento  
16-Atendimento a RN  
17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA  
18-Número no CRO 26161  
19-UF RS  
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1845765370911  
22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA  
23-Número no CRO 26161  
24-UF RS  
25-Código CNES  
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA  
27-Número no CRO 26161  
28-UF RS  
29-Código CBO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	8110100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	06/07/2007		[Assinatura]
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	06/07/2007		[Assinatura]
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	06/07/2007		[Assinatura]
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	06/07/2007		[Assinatura]
5-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	06/07/2007		[Assinatura]
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento  
44-1-Tipo de Atendimento  
45-1-Tipo de Faturamento  
46-1-Total Quantidade US  
47-Valor Total R\$  
48-1-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 no 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 Contratado-Donatário Dentista Solicitante  
51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
53-Data, local e Contato da Empresa

Bruna Oliveira  
Cirurgiã Dentista  
CRO/RS 26161