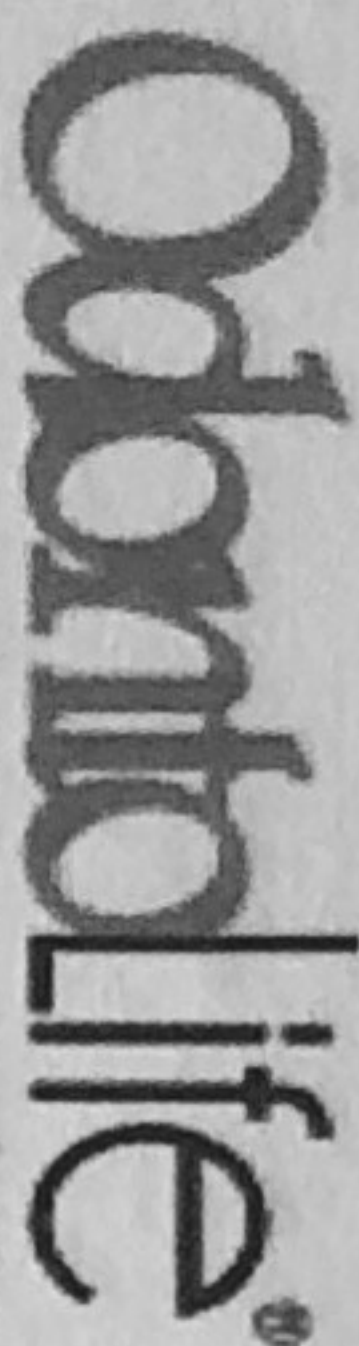




tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS
406414

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

4-Data de Autorização
0 9 / 1 0 / 2 0

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50198040

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

393202
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 3 7 0 0 0 0 3 0 9 3 7 2 5 9

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898004620114415

13-Nome
ROBERTA RECH GOULART

14-Telefone
20/08/2013

15-Nome do titular do plano
ROBERTO DA ROSA GOULART JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
BRUNA BARNARD MOTTA

18-Número no CRO
22274

19-UF
RS

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 2 2 1 4 7 8 2 0 5 2

22-Nome do Contratado Executante
BRUNA BARNARD MOTTA

23-Número no CRO
22274

24-UF
RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
BRUNA BARNARD MOTTA

27-Número no CRO
22274

28-UF
RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		09/10/20		X
2-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR		1	1	72,00		0,00		09/10/20		X
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
106,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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
09/10/20 POA

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário /Responsável
09/10/20 x

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /