

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 1 1 / 1 2 0 1		5-Senhá AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50206432		7-Data Validade da Senhá 1 4 / 1 0 2 / 1 2 1 1		419914 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 1 5 7 7 7 0 8 4		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70020898634930			
13-Nome LUIS FERNANDO CORREA PEREIRA											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano LUIS FERNANDO CORREA PEREIRA											
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 1 8 1 4 5 7 6 5 3 7 0 9 1											
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											
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
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0	0,00			11/11/12	BRUNA OLIVEIRA
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 1 0 0	0,00			11/11/12	BRUNA OLIVEIRA
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 1 0 0	0,00			11/11/12	BRUNA OLIVEIRA
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 1 0 0	0,00			11/11/12	BRUNA OLIVEIRA
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 1 0 0	0,00			11/11/12	BRUNA OLIVEIRA
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 1 7 8 1 0 0		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 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/12 BRUNA OLIVEIRA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12 BRUNA OLIVEIRA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12 LUIS FERNANDO CORREA PEREIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161