

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



321586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 6/12/01 4-Data de Autorização 10/08/10 6/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50165402 7-Data Validade da Senha 10/06/10 9/12/01

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 1003770000212733271 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003710580905
13-Nome MARCOS ROBERTO DE BARROS 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARCOS ROBERTO DE BARROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENTAL DOC 18-Número no CRO 11316 19-UF RS 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170539197068 22-Nome do Contratado Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO 23-Número no CRO 11316 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO 27-Número no CRO 11316 28-UF RS 29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura	
1-0	08100294	LEVANTAMENTO		1		22200	80,00		S	08/06/20			
2-													
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 Quantitativo US 22200 47-Valor Total R\$ 0,00 48-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 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, o valor devido, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Marcelo Martini Vianna EIRELI

CNPJ: 30249050/000178

50-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante 08/06/20 kuf 51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista 08/06/20 kuf 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 08/06/20 kuf 53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/06/20