



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2016 4-Data de Autorização 11/06/2016 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50166305 7-Data Validade da Semeta 11/04/2019

324727
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00371000023861749 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704700072970740

13-Nome PAULO RICARDO SILVA DOS SANTOS 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano PAULO RICARDO SILVA 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 845776537091 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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			11/06/2016		
2-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00			11/06/2016		
3-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00			11/06/2016		
4-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00			11/06/2016		
5-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00			11/06/2016		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1178,00									

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) 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 Conselho-Dentista Solicitante: BRUNA OLIVEIRA, CRO/RS 26161, 11/06/2016. 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/06/2016. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/06/2016. 53-Data, local e Cartão da Empresa: 11/06/2016.