

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

376260
INTERCÂMBIO

4-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50191728		7-Data Validade da Senha 15/11/2012	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 0037000000015793160		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70800036888021	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
13-Nome JOAO CARLOS NUNES PINTO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOAO CARLOS NUNES PINTO		16-Idade 03/09/1968		17-Data de Realização / /	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
18-Endereço a RN N		19-Número no CRO 26161		20-Código CBO S 801 -		21-Número no CRO 26161		22-Número no CRO 26161	
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 181415171615317091		24-UF RS		25-Código CNES RS		26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		27-Número no CRO 26161	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		16		V		35-Quantidade US	
2-								36-Valor	
3-								37-Franquia/Co-participação R\$	
4-								38-Franquia/Co-participação R\$	
5-								39-Aut	
6-								40-Data de Realização	
7-								41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
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\$	
1-1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		161,00		0,00		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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161