



2.º Nº

374579
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/14/09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191068	7-Data Validade da Senha 11/13/11/12/11/12/01
--------------------------	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1003700000001579427121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700209966532423
--	--------------------------------	---	---	--

13-Nome

GUILHERME LUZ PINTO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOAO CARLOS NUNES PINTO
---------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 1815176537091111	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

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
1-0001810000030	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
2-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
3-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
4-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
5-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
6-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
7-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
8-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
9-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
10-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
11-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
12-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
13-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
14-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11
15-0001853000047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	S	11/11/11	11/11/11

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$	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 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-Sigla local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante BRUNDA SILVA OLIVEIRA	51-Sigla local e Assinatura do Cirurgião-Dentista BRUNDA SILVA OLIVEIRA	52-Sigla local e Assinatura do Beneficiário / Responsável JOAO CARLOS NUNES PINTO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

BRUNDA SILVA OLIVEIRA
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161