



362856
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/08 11:20	4-Data de Autorização 12/04/08 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186273	7-Data Validade da Senha 12/04/11 11:20
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000370000306043304	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702907598295479
--	--------------------------------	---	--	--

13- Nome

GABRIELA SANTOS DE OLIVEIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GLADEMIR ANTONIO PAZ DE OLIVEI
-----------------------------	------------------------------	---

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 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1841576537091	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	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
1-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			24/08/2008	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 61,00	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 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 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 24/08/2008 Bruna Oliveira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/2008 Bruna Oliveira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/2008	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---

Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161