



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/07 4-Data de Autorização 10/11/07 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50173707 7-Data Validade da Semeta 12/9/09 8-Data Validade da Semeta 12/9/09

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00377000020425620 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709009840284914

13-Nome VALERIA OLIVEIRA RITT 28/04/1972 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano SANDRO 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 184576537091 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
1-000	81001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00						
2-000	85301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00						
3-000	85301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00						
4-000	85301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00						
5-000	85301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00						
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto 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 Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 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 52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data local e Carimbo da Empresa

Bruna Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161