

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



430168
 INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414		3- Data de Emissão da Guia 12/9/11 11/12/10		4- Data de Autenticação 12/9/11 11/12/10		5- Senha AUTORIZADO		6- Número da Guia Principal 502095682		7- Data Validade da Senha 12/7/10 12/12/11		
8- Nome do Beneficiário DANIELA SOARES BAUER		9- Plano POS REDE PRESTADORA		10- Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA		11- Data Validade da Carteira 12/10/1993		12- Nome do titular do plano TIAGO GARCIA PACHECO		13- Número do Cartão Nacional de Saúde 708208121274042		
14- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento BRUNA BARNARD MOTTA		15- Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA		16- Número do Contrato 22274		17- UF RS		18- Código CBO S 801 -		19- Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200		
20- Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA		21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 101212147820512		22- Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA		23- Número no CRO 22274		24- UF RS		25- Código CNES (1) 85100200 (1) 85100200		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentier/Rapido	34- Fase	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Adf	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1- 010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	11	881010	101010	1101412120				
2- 010185110102010		RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	11	881010	101010	1101412120				
3- 010185110102010												
4- 010185110102010												
5- 010185110102010												
6- 010185110102010												
7- 010185110102010												
8- 010185110102010												
9- 010185110102010												
10- 010185110102010												
11- 010185110102010												
12- 010185110102010												
13- 010185110102010												
14- 010185110102010												
15- 010185110102010												
43- Dias Previsto 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		2- Exame Radiológico		3- Ortodontia		4- Urgência/Emergência		1- 1- Total		2- Parcial		
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), integram 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						