



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



425736  
INTERCÂMBIO

1-1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11/20	4-Data de Autorização 12/4/11/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208002	7-Data Validade da Série 12/1/10/21
8-Número da Carteira 00037700002441121166			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome TIAGO GARCIA PACHECO			10/09/1994	14-1-Relação ( )	15-Nome do titular do plano TIAGO GARCIA PACHECO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Abandono a BN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA		18-Número no CRO 22274		19-UF RS		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 002214782052		22-Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA		23-Número no CRO 22274		24-UF RS		25-Código CNES 22274		26-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30-1-Atala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifrago	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134,00	0,00					X
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		1	1	136,00	0,00					X
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		1	1	136,00	0,00					X
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		1	1	136,00	0,00					X
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		1	1	136,00	0,00					X
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data 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\$

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 Cartão da Empresa

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, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.