



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2016 4-Data de Autorização 11/06/2016 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50166304 7-Data Validade da Serinha 11/04/2019 8-Data Validade da Serinha 11/04/2019

324724
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00037000023861765 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708004871024229

13-Nome

LAURA DE LEON FERREIRA BORGES 19/08/2001 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano PAULO RICARDO SILVA 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 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84576537091 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

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/06/2016		BRUNA DA SILVA OLIVEIRA
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00			11/06/2016		BRUNA DA SILVA OLIVEIRA
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00			11/06/2016		BRUNA DA SILVA OLIVEIRA
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00			11/06/2016		BRUNA DA SILVA OLIVEIRA
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00			11/06/2016		BRUNA DA SILVA OLIVEIRA
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 1178,00 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161