



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

327576
INTERCÂMBIO CF

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 06/12/01	4-Data de Autorização 12/09/10 06/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7648395	7-Data Validade da Senha 11/09/12/01
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 000202025262023000000502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HELISUL TAXI AEREO LTDA	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA ABADIA DA SILVA PEREIRA DOS ANJOS		14-Telefone 12/09/1972	15-Nome do Titular do plano ERIBERTO PEREIRA DOS ANJOS SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0611128200110011		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/06/2010		
2-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			29/06/2010		
3-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			29/06/2010		
4-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			29/06/2010		
5-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			29/06/2010		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 29/10/10 R. YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/10 R. YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/10 R. MARIA ABADIA DA SILVA PEREIRA DOS ANJOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/10 R. HELISUL TAXI AEREO LTDA
--	--	--	--