



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

308581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/07/2014 4-Data de Autorização 02/05/2014 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7528263 7-Data Validade da Senha 12/07/2014

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 0020205262023000007011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa HELISUL TAXI AEREO LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA 14-Telefone 09/02/1964 15-Nome do titular do plano FRANCISCO DE ASSIS DA 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 / CFP 611128201100 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Cessa 42-Assinatura
1-	001851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			04/05/2015	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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 61,00 47-Valor Total R\$ 71,70 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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(ram) realizado(s) com meu consentimento, 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-Dado, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 51-Dado, local e Assinatura do Profissional Solicitante 52-Dado, local e Assinatura do Profissional Executante 53-Dado, local e Carimbo da Empresa