



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

214

319523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/2012	4-Data de Autorização 16/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7607953	7-Data Validade da Senha 31/08/2012			
Dados do Beneficiário								
8-Número da Carteira 0002020252686178000199011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome MARIA DO SOCORRO ALMEIDA NEVES		14-Telefone 17/05/1968 () -	15-Nome do titular do plano MARIA DO SOCORRO ALMEIDA NEVES					
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			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100		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								
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd			
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1			
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1			
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1			
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1			
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1			
6-1								
7-1								
8-1								
9-1								
10-1								
11-1								
12-1								
13-1								
14-1								
15-1								
43-Data Previsão 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 178,00			
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação				
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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), 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.								
50-Data, local e Assinatura do Prestador de Serviços 25/06/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992						51-Data, local e Assinatura do Contratado 25/06/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /