



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^a



445085
INTERIOR

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/11/12/10	4-Dia de Autorização 12/11/12/10	5-Senha 3161871	6-Número da Guia Principal 3161871	7-Data Validade da Senha 12/11/03/12/11	
Dados do Beneficiário		B-Número de Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 1 6 5 4 0 0 0 0 0 1 0 1		A-Ultimo Nome ELIANCA DA COSTA LIMA		D-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ELIANCA DA COSTA LIMA	
Dados do Contratado Responsável Pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Soltante CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI		18-Número no CRO 27786	
27-Código na Operadora / CNPJ/CPF 10 0 9 0 4 9 1 7 1 2 6 0 1 7 1 1 1		28-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU		19-UF RJ		20-Código CBO S 06	
26-Nome do Profissional (Excluindo) KELLY DE SOUZA ABREU		21-Número no CRO 27786		22-Número no CRO 27786		23-Número no CRO RJ	
						24-UF RJ	
						25-Código CNES	
						26-UF RJ	
						27-Código CBO S	

Declaro, que apos ter sido devidamente esclarecida 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 encar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinando(s), não foram realizado(s) com meu nome na norma a conta, em nome de terceiro, contratado ou assinado documento ou valoriza.

43-Data Provação/Término do Tratamento	44-Tipo de Atenção/Intervento
20/11/2020	44-Tipo de Atenção/Intervento
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
	1-Total 2-Parcial
	45-Tipo de Fraturamento
	46-Total Quantidade US
	47-Valor Total R\$
	48-Total Fratura Cr-Darticulação R\$

14. _____
15. _____

9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

- 8 -

69

26-Nome do Profissional (Excluindo KELLY DE SOUZA ABREU	27-Número no CRO 27786	28-UFG RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	--------------	-----------------

Nº		UNIDADES DE CONTROLE DE CONSUMO MUNICIPAL	
21-Código na Operadora / CNPJ/CPF		22-Nome do Contratado Executiva	
0101904197126071		KELLY DE SOUZA ABREU	
23-Número no ORO		24-JF	
27786		R.J.	
25-Código ONES		Faturar Empresa	

16-Atendimento a RN **17-Nome do Profissional Solicitante** **18-Número no CRO** **19-UF** **20-Código CBO S**

N **CENTRO OPORTUNIDADES DE INVESTIMENTO** **97786** **DI** **0255 -**

13-Nome BIANCA DA COSTA LIMA	14-Data de nascimento 14/08/1972	14-Telefone (11) 1234-5678	15-Nome do tutor do piano BIANCA DA COSTA LIMA
--	--	--	--

B-Número do Identificador da Unidade da Gabinete									
0 0 2 0 2 5 3 4 1 6 5 4 0 0 0 0 0 1 0 1									
9-Promoção									
POS REDE PRESTADORA									
10-Empresa									
DENTAL UNI COOPERATIVA									
11-Data (validade da Certif.)									
/ / / / / /									
12-Número do Certidão Nacional da Saúde									

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia [2] [1] / [1] [2] / [2] [0]	4-Dia de Autorização [2] [1] / [1] [2] / [2] [0]	5-Sentha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 3161871	7-Dia Válida da Senha [2] [1] / [0] [3] / [2] [1]
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

Guia de Tratamento Odontológico
para a Doença da Pele
2-Nº

© 1996 by *OrthoLife*®