



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2<sup>AN</sup>



|                          |   |  |                        |                                       |   |                       |
|--------------------------|---|--|------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/11/2011 | 4-Data de Autorização<br>12/3/11 11/2011 | 5-Sentia<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8045490 | 7-Data Validade da Sentia<br>09/10/2012 | 417187<br>INTERCÂMBIO |
|--------------------------|---|--|------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------|

|  |                                |                                      |  |                                       |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0101201251295057000101011011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>LEVY DA SILVA                             | 25/09/1968                     | 14-Telefone<br>( ) - - - - -         | 15-Nome do titular do plano<br>LEVY DA SILVA |                                       |

|  |   |                           |                 |                       |                          |
|--|---|---------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento            |   |                           |                 |                       |                          |
| 16-Atendimento a RV<br>N                                   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITERÓI | 18-Número no CRO<br>27786 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>000904972607        | 22-Nome do Contratado Executante<br>KELLY DE SOUZA ABREU                            | 23-Número no CRO<br>27786 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CBO S       |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>KELLY DE SOUZA ABREU | 27-Número no CRO<br>27786   | 28-UF<br>RJ               | 29-Código CBO S |                       |                          |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
|---|---------------------------|----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 30-1-Tabella                                    | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição         | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
| 1-0   | 082010875                 | EXODONTIA SIMPLES DE | 22              | 1       | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/11/2011            |                    | 20            |
| 2-0   | 082010859                 | EXODONTIA DE RAIZ    | 11              | 1       | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/11/2011            |                    | 20            |
| 3-1   |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-1   |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-1   |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-1   |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-1   |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-1   |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1   |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-1  |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-1  |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-1  |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-1  |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-1  |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-1  |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|  |   |  |                                  |                            |   |
|--|---|--|----------------------------------|----------------------------|---|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>23/11/2011 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>146,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Solicitante<br>23/11/2011 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>23/11/2011 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/11/2011 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>23/11/2011 |
|---|---|---|---|

SORRINDO MAIS DE NITERÓI  
CNPJ: 29.833.248/0001-15  
VIA SORRINDO DO RIO BRANCO, 301 APTº 01/02  
CENTRO - NITERÓI - RJ