



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

Dados do Beneficiário		86414	
B-Número da Carteira		111/1120	
0 0 2 0 2 5 2 9 5 0 5 7 0 0 0 0 0 1 0 1		123/1120 AUTORIZADO	
13-Nome		LEVY DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante	
N		CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI	
21-Código na Operadora CNPJ/CPF		22-Nome do Contratado Executante	
0 0 9 0 4 9 7 2 6 0 7 1 1 1		KELLY DE SOUZA ABREU	
26-Nome do Profissional Executante		KELLY DE SOUZA ABREU	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			
30-Tabela		31-Código do Procedimento	
1-0 0 1 8 1 2 0 0 0 1 8 1 5 1		32-Descrição	
2-0 0 1 8 1 2 0 0 0 1 8 1 5 1		EXODONTIA SIMPLES DE	
3-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		11 EXODONTIA DE RAIZ	
4-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		12 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
5-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		13 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		14 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		15 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		16 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		17 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		18 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		19 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		20 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		21 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		22 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		23 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
43-Data Provisão/Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	
123/1120		1-Tratamento Odontológico 2-Esane Radiológico 3-Oftalmologia 4-Urgência/Emergência	
45-Tipo de Faltamento		46-Total Quantidade US	
1-Total 2-Parcial		1 4 6 , 0 0	
47-Valor Total R\$		1 0 , 0 0	
48-Total Franquia / Co-participação R\$		1 0 , 0 0	
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) profissional(es) 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	
23/1120		50-Pasta Legal e Assinatura do Clínico-Dentista Solicitante	
23/1120		51-Pasta Legal e Assinatura do Clínico-Dentista	
23/1120		52-Data Legal e Assinatura do Beneficiário Responsável	
23/1120		53-Data Legal e Câmpus da Empresa	