



PREQUILIBRE PARA VOZ E SORRIR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 13/11/2010
 4-Data de Autorização 10/11/2010
 5-Sentença AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 8014863
 7-Data Validade da Sentença 12/11/2011

409460 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0102025330492000010101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCELA DE SA MENDES
 14-Telefone
 15-Nome do Titular do Plano MARCELA DE SA MENDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Alteramento a RN N
 17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI
 18-Número no CRO 27786
 19-UF RJ
 20-Código CBO S 06
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101091049172607
 22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU
 23-Número no CRO 27786
 24-UF RJ
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU
 27-Número no CRO 27786
 28-UF RJ
 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Class 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	10,0	0,0		04/12/20		Marcela de Sa Mendes
2-0	085301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6	10,0	0,0		04/12/20		Marcela de Sa Mendes
3-0	085301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6	10,0	0,0		04/12/20		Marcela de Sa Mendes
4-0	085301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6	10,0	0,0		04/12/20		Marcela de Sa Mendes
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Revisão Termino do Tratamento 10/11/2010
 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 1144,10
 47-Valor Total R\$ 10,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2010
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2010
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2010
 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/2010

CLÍNICA DE SAUDE DE NITEROI LTDA
 CNPJ nº: 23.853.242/0001-15
 Rua do Rio Branco, 301 - Niterói - RJ
 Contato - Niterói - RJ
 Tel: 2711-5154