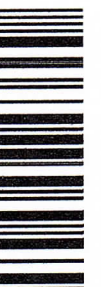




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha AUTORIZADO 8120517 6-Número da Guia Principal 8120517 7-Data Validade da Senha 10/05/13 8-Data Validade da Guia 10/05/13

435287
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102532703500000101101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

13-Nome FERNANDA REGINA URBANO DA CONCEICAO

25/09/1980

14-Telefone

15-Nome do titular do plano FERNANDA REGINA URBANO DA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 009004972607

22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU

23-Número no CRO 27786

24-UF RJ

25-Código CNES

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU

Dr. Kelly de Souza Abreu

27-Número no CRO 27786

28-UF RJ

29-Código CBO S

(1) 85100218

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 Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
2-0	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
3-0	0	0	8	5	1	0	0	2	1	8		
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Alinhamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1	1	3	0	5	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) 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 Contratado-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Redirecionar usuário da concessão

SORRINDO MAIS DE NITEROI LTDA
CNPJ: 29.833.324/0001-15
Rua do Rio Branco, 30
Centro - Niterói - RJ
Tel. 711-6242