



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/11 21	4-Data de Autorização 26/10/11 21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191595	7-Data Validade da Guia 13/10/11 21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

452837  
INTERCÂMBIO

## Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025272146000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROSANI MELLO FERREIRA PACHECO	16/11/1978	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano ROSANI MELLO FERREIRA PACHECO
--	------------	----------------------	--

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITERÓI	18-Número no CRO 27786	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200158-37
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10109104972607	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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0	08520158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37	1	15331010	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 15331010	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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) 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

Paciente com lesões apertamento alveares, com calcificação a 2 mm do ápice. Realizado no laboratório.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/01/11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/11/11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14/01/11/11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/01/11/11/11/11
--	--	--	--

SORRINDO MAIS DE NITERÓI - RJ  
CNPJ: 29.833.248/0001-10  
Rua do Rio Branco, 301 APT  
Centro - Niterói - RJ  
2711-6742