



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/2017	4-Data de Autorização 12/11/2019	5-Ser-tipo AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8811113	7-Data Validade da Guia 12/11/2021
8-Número da Carteira 000202531313990000101			9-Planeta FOS REDE PRESTADORA		
10-Em-receita DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Nome do titular do plano FERNANDA PIRES MOURA FERNANDES DE OLIVEI		
14-Telefone () () () () () ()			15-Código CBO S 06		
16-Atendimento a RN CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI			17-Número no CRO 27786		
18-Número no CRO 27786			19-UF RJ		
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000904972607			21-Número no CRO 27786		
22-Nome do Contratado Exequente KELLY DE SOUZA ABREU			23-Código CNES RJ		
24-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU			25-Código CBO S 27786		
26-UF RJ			27-Código CBO S 27786		
28-UF RJ			29-Código CBO S 27786		
29-Código CBO S 27786			30-Código CBO S 27786		
31-Código do Procedimento 32-Orçamento 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Atribuição			39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Atribuição		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Orçamento	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Atribuição
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMV	1	122,00	0,00	0,00	S	12/11/2017		
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	12/11/2017		
3-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PD	1	88,00	0,00	0,00	S	12/11/2017		
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 Previsto Término do Tratamento 12/11/2017	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 271,00	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(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 12/11/2017	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2017	52-Data local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável FERNANDA MOURA	53-Data local e Assinatura da Empresa SORRINDO MAIS DE NITEROI LTDA CNPJ 29.833.248/0001-15 Centro do Rio Niterói - RJ Tel: 27113-6744
--	--	---	---