



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N



463705
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 11/211		4-Data de Autorização 10/5/10 21211		5-Senha 8241450		6-Número da Guia Principal 12/7/10 14/1211		7-Data Validade da Senha 12/7/10 14/1211	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira N LAWENNY DOS SANTOS ROSA		9-Plano POS REDE PRESTADORA 12/08/2008		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Válida da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde DENIZE FIRMINO DOS SANTOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alendrimano a RN N CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI		17-Nome do Profissional Solicitante KELLY DE SOUZA ABREU		18-Número no CRO 27786		19-UF RJ		20-Código CBO S 06			
21-Código na Operadora / CNPJ/CPF 010904972160711111											
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-Abelha 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dan/Regrão		34-Fase		35-Quantiadão US		36-Quantidão US	
1-0100840000901		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR		1		1		72,00		0,00	
2-0101810000651		CONSULTA ODDONTOLOGICA		1		1		34,00		0,00	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Remb do pagamento 05/10/2011		44-Tipo de Alendrimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oftodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidão US 106,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia Co-participação R\$ 0,00	
Decíduo, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos previstos 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 05/10/2011 KELLY DE SOUZA ABREU		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2011 KELLY DE SOUZA ABREU		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2011 KELLY DE SOUZA ABREU		53-Data, local e Carambola Empresarial 05/10/2011 MATEUS DE NITEROI LTD CNPJ: 29.833.749/0001-01					