



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 21/21	4-Data de Autorização 11/2/10 21/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8267571	7-Data Validade da Série 10/15/10 15/12/11	469848 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 1010210215301586401000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome GRAZIELLE DA SILVA BEZERRA	14-Telefone ( )	15-Nome do Titular do Plano GRAZIELLE DA SILVA BEZERRA		

16-Aliamento 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 101019104917126017	22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU	23-Número no CRC 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	30-Fatura Empresa 025 - Faturar Empresa
------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---

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 Cessão	42-Assinatura
1-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
		EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	7	3	0	0			
2-1												
3-1												
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 de Realização / Tratamento 10/04/10	44-Tipo de Aliamento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 73,10	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Valor Total R\$ 10,00
--	---	---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

50-Dado, local e Assinatura de 3-Urgência-Dentista Solicitante 10/04/10 Kelly de Souza Abreu	51-Dado, local e Assinatura de 3-Urgência-Dentista 10/04/10 Kelly de Souza Abreu	52-Dado, local e Assinatura de 3-Urgência-Dentista 10/04/10 Kelly de Souza Abreu	53-Dado, local e Assinatura de 3-Urgência-Dentista 10/04/10 Kelly de Souza Abreu
---	---	---	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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

SORRINDO MAIS DE NITEROI LTDA  
CNPJ: 29.833.248/0001-13  
Vice-sede do Rio Branco, 301 Aptº 01/02  
Centro - Niterói - RJ