



De qualidade para toda a vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/3/04 4-Data de Autorização 12/9/04 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8512687 7-Data Validação da Santa 12/2/07 531325 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253691070000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANTONIO MARCOS PACHECO PESTANA 08/06/1975 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCOS PACHECO PESTANA

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORINDO 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 100904972607 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-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00	03/05/21				
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	06/05/21				
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	11/05/21				
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	13/05/21				
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dado Pessoal, Tempo de Atendimento 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 244,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaram, 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-Dado Local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 51-Dado Local e Assinatura do Grupo-Dentista 52-Dado Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dado Local e Contato da Empresa

SORINDO MAIS DE NITEROI LTDA

CNPJ: 29.833.248/0001-15

Via:conde do Rio Branco, 301 Apto 01/02