



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/10/09 4-Data de Autorização 10/09/2007 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50190491 7-Data Validade da Semina 10/09/12

373028 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00379994065328776 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa OTZ ENGENHARIA LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EVELIN RANGEL MARTINS 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano WELTON RANGEL DE SOUZA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI 18-Número no CRO 27786 19-UF RJ 20-Código CBO S 06 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10091497216071 22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU 23-Número no CRO 27786 24-UF RJ 25-Código CNES Envair - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU 27-Número no CRO 27786 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 85100218

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faço	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de Glória	42- Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	6,10	0,00	S	10/09/2009		
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,10	0,00	S	18/09/2009		
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	42	VM	1	8,80	0,00	S	10/09/2009		
4-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOD	1	12,20	0,00	S	18/09/2009		
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/09/2009 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 332,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/09/2009

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/2009

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/09/2009

53-Data, local e Endereço da Empresa 18/09/2009

SORRINDO MAIS DE NITEROI QD'A
 CNPJ: 29.833.248/0001-15
 Visconde do Rio Branco, 301 Aptº 01/02
 Niterói - RJ