



313 QUALIDADE PARA VOCÊ SEMPRE

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 10/12/10	4-Data de Autorização 10/17/11 10/12/10	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7835015	7-Data Validade da Sentia 10/13/10 11/12/11
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

390194  
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 12/512/95 05/700/00 010/10/11	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEVY DA SILVA	25/09/1968	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LEVY DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10109104972607	22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU	23-Número no CRO 27786	24-UF RJ	25-Código CBO S 27786	26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	85100218	13	DVP	1	122100	0,00	0,00	05/10/20			
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 Prevista Término do Tratamento 05/11/20	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantificado US 1122100	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) 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/20	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 05/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/20
---	---	---	---

SORRINDO MAIS DE NITEROI LTDA  
CNPJ: 29.833.248/0001-15  
VISCONE DO RIO BRANCO, 301 APTº 01/02  
Niterói, RJ