



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 12:11	4-Data de Autização 12/11/07 12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8843392	7-Data Validade da Senha 19/11/07 12:11	628945 INTERCÂMBIO
-----------------------	--	------------------------------------	--------------------	------------------------------------	---	--------------------

8-Número da Carteira 00020253078160001801	9-Data de Beneficiário	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	------------------------	--	------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANDRE LUIZ LEITE	14-Teléfono	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ LEITE
--------------------------	-------------	--

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000904972607	22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU	23-Número no CRO 27786	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Código CBO S	27-Número no CRO 27786	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-Franchise/Co-participação R\$	31-Aut	32-Data de Realização	33-Motivo da Glosa	34-Assinatura
---------------------	--	------------------------	----------	--------------------	--	---	------------------------	----------	----------------	-----------------	------------------------	----------	-----------------	----------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

35-Valor 025 -	36-Franchise/Co-participação R\$	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
----------------	----------------------------------	----------	----------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

30-Tratamento / Procedimento Solicitado	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0-0-0-8-5-3-0-0-0-4-7-1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6,0,0	0,0,0,0			26/07/21		
2-0-0-0-8-5-3-0-0-0-4-7-1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6,0,0	0,0,0,0			26/07/21		
3-0-0-0-8-5-3-0-0-0-4-7-1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6,0,0	0,0,0,0			26/07/21		
4-0-0-0-8-5-3-0-0-0-4-7-1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6,0,0	0,0,0,0			26/07/21		
5-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
6-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
7-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
8-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
9-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
10-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
11-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
12-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
13-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
14-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												
15-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1												

43-Data de Preenchimento do Tratamento 26/07/21	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$
---	---	--	-------------------------------	-------------------------	--

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) 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 Operador-Dentista Solicitante 26/07/21	51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista 26/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 26/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/07/21	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 26/07/21
---	---	--	--	---

SORRINDO MAIS DE NITEROI LTDA
CNPJ: 29.833.248/0001-15