

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 14/12/11	4-Data de Autorização 12/6/10 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8512605	7-Data Validade da Senha 12/2/10 17/12/11	531320 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ANTONIO MARCOS PACHECO PESTANA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCOS PACHECO PESTANA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento		18-Número nu CRO 27786	19-LUF RJ	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
---	--	---------------------------	--------------	-----------------------	--------------------------

16-Aliamento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI	23-Número no CRO 27786	24-LUF RJ	25-Código CNES	26-Data de Realização 10/10/09 04/19/12 6/01/11
------------------------	---	---------------------------	--------------	----------------	--

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1010900497260171	22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU	27-Número nu CRO 27786	28-LUF RJ	29-Código CBO S	30-Data de Realização 10/10/09 04/19/12 6/01/11
--	--	---------------------------	--------------	-----------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6,10,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0
2-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6,10,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0
3-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6,10,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0
4-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6,10,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0	10,0,0,0
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 12/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 4 4 10 0	47-Valor Total RS 10,0,0,0	48-Total Franquia / Co-participação RS
--	--	---	--------------------------------------	-------------------------------	--

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 12/10/11/11	51-Data local e Assinatura do Contratado-Dentista 12/10/11/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 12/10/11/11	53-Data local e Assinatura do Emprego 12/10/11/11
--	--	---	--

COPIA DO N° 278/0001-15
CENTRO - NITEROI RJ
10/10/09 04/19/12 6/01/11