



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/2/05 4-Data de Autorização 10/1/06 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8580407 7-Data Validade da Senha 11/01/08 8-Data Validade da Guia 11/2/11

549446
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202536910700000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MICHELLE SORIANO CASTILHO 14-Telefone (11) 27786 15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCOS PACHECO PESTANA

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI 18-Número no CRO 27786 19-LF RJ 20-Código CBO S 06 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200166-23

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1009004972607 22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU 23-Número no CRO 27786 24-LF RJ 25-Código CBO S 27786 26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU 27-Número no CRO 27786 28-LF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Fratura/Co-participação R\$ 39-Aui 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-0	0	8	5	2	0	0	1	6	6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	23	1	2	5	8	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	6	11	21	4488
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														

43-Data Prevista Término do Tratamento 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 1258100 47-Valor Total R\$ 10100 48-Taxa Franquia / 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(ram) 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: O paciente foi avaliado e acordado, instaurado e iniciado o canal por instrumento de 40 no apic e 45 no apic com uma curva 35 e com sucesso.

50-Data local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 01/11/06 51-Data local e Assinatura do Conselho-Dentista 01/11/06 52-Data local e Assinatura do Conselho / Responsável 01/11/06 53-Data local e Carimbo da Empresa SORRINDO MAIS DE NITEROI 15 CNPJ: 25.930.000/0001-00 Centro - Niteroi Tel: 270-6742