

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



551769
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/05/21 4-Data de Autorização 18/05/21 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8568676 7-Data Validade da Sentença 12/08/21

8-Número da Carteira 02021523923700039801 9-Plano POS REDE PRESTADORA 13-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIANA OLIVEIRA DE ABREU 14-Telefone 30/07/1976 15-Nome do titular do plano FABIANA OLIVEIRA DE ABREU

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Salvamento 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 0904972607 22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU 23-Número no CRO 27786 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU 27-Número no CRO 27786 28-UF RJ 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regiões	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00	0,00	18/05/21			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dados Previstos 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 61,00 47-Volunt Total R\$ 0,00 48-Total 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/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-Dados, local e Assinatura do Consultado-Dentista Solicitante 18/05/21 51-Dados, local e Assinatura do Consultado-Dentista 18/05/21 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/21 53-Dados, local e Assinatura da Empresa SORRINDO MAIS DE NITEROI LTDA CNPJ: 29.833.248/0001-15 301 Apr 01/02