

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**



2-Nº

52264  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 15/12/11	4-Data de Autorização 12/16/10 15/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8624396	7-Data Validade da Senha 12/10/10 12/11									
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
10-Número da Carteira 100121025292044000010101	11-Data Validade da Carteira	13-Nome MARIO SERGIO CONCEICAO MATHIAS												
14-Telefone														
15-Nome do titular do plano MARIO SERGIO CONCEICAO MATHIAS														
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	21-Código CHES									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00904972607	22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU	23-Número no CRO 27786	24-UF RJ	25-Código CHES	26-Código CBO S									
26-Nome do Profissional Executante Kelly de Souza Abreu Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 27.786														
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30-Tabella 1-001852001158	31-Código do Procedimento TRATAMENTO ENDODÔNTICO	32-Descrição 37	33-Dente/Região 35	34-Face 1	35-Quantidade US 1533100									
36-Franquia/Co-participação R\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização 15/06/11	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura p. Osrio									
1-0	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 Revisão Término do Tratamento 10/06/11														
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência														
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial														
46-Valor Total R\$														
47-Valor Total R\$														
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(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 elemento foi analisado + curado + instrumentado e irrigado. Os canais MV e ML e D foram instrumentados até 5 mm to me espice e obturado com cone 35 e com acabamento a sulco.														
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/11 Kelly de Souza Abreu														
51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 10/06/11 Kelly de Souza Abreu														
52-Data, local e Assinatura do Responsável 10/06/11 Kelly de Souza Abreu														
53-Data, local e Assinatura da Empresa SORRINDO MAIS DE NITEROI														
CNPJ: 29.893.000/0001-11 Centro - Niterói - RJ Fone: 21-2111-6722														