



1- Registro ANS 406414
 2- Data de Emissão da Guia 12/21/02
 3- Data de Autorização 12/14/02
 4- Nome do Paciente HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA
 5- Número da Guia Principal 83168990
 6- Data Vencida de Saúde 12/31/05
 7- Número do Cartão Nacional de Saúde 482018
 8- Intercâmbio INTERCÂMBIO

9- Nome do Contratado MARGIA DAMASCO DIAS
 10- Nome da Empresa POS REDE PRESTADORA
 11- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 12- Data Vencida de Saúde 1/1/11
 13- Nome do Cartão Nacional de Saúde MARGIA DAMASCO DIAS

14- Armazenamento e RM N
 15- Nome do Beneficiário Societário SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS
 16- Número no CNPJ 43280 RJ
 17- Código de Operadora / CIP / CEP 148008163718
 18- Nome do Contratado Especialista HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA
 19- Número no CNPJ 43280 RJ
 20- Código CNES 025 - Faturar Empresa
 21- Nome do Profissional Especialista HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA
 22- Número no CNPJ 43280 RJ
 23- Código CNES

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Participação %	39- Aut	40- Data de Realização	41- Valor da Guia	42- Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00	15	24	02/12/02	120,00	<i>[Assinatura]</i>
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 Prevista Término do Tratamento
 44- Tipo de Atendimento
 45- Tipo de Faturamento
 46- Total Quantitativo US
 47- Valor Total R\$
 48- Total Franquia / Coparticipação R\$

49- Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre as possibilidades, riscos, custos e alternativas de tratamento, autorizo a prestação do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e estar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (v/s) procedimental(s) descrita(s) acima, é por mim assistido(s) (foram realizados) 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 referências ao tratamento realizado, considerando-se a atual com os custos conforme previsto em contrato.

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
 51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 52- Data, local e Assinatura do Contratado / Responsável
 53- Data, local e Assinatura da Empresa



CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
Dr. Saulo Lyrio dos Santos
Responsável técnico - CRO/RJ 42005

Dra. Cíntia Motta Lyrio
CRO/RJ 41876

Márcia Domaxo Dias

Indicada radiografia periapical completa com
laudo, para avaliação de perda óssea e avaliação dos
raízes.

22/02/21
C. Motta

Cíntia Monteiro Motta
Cirurgiã - Dentista
CRO/RJ 41876

Clínica Geral com atuação em: • Ortodontia • Odontopediatria • Prótese
• Cirurgia • Periodontia • Implante • Endodontia

Rodovia Amaral Peixoto N°. 5.231, SL. 02, Novo Rio das Ostras, Rio das Ostras - RJ

— (22) 99992-8395 ☎ —