

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 11/12/2010	5-Série AUTORIZADO
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 1 5 3 2 7 0 3 5 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Promoção POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	6-Número da Guia Principal 8120516

7-Data Validação da Senha 105/03/21	11-Data Validação da Carteira _____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LARISSA REGINA DO NASCIMENTO	14-Telefone (_____) _____-_____	15-Nome do Titular do plano FERNANDA REGINA URBANO DA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento N CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI	16-Antendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KELLY DE SOUZA ABREU	18-Número no CRO 27786	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	21-Código na Operadora CNPJ/CPF 10 0 9 0 4 9 7 2 6 0 7 1 1 1	22-Número do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU	23-Número no CRO 27786	24-UF RJ	25-Código CNES S 17120
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------	-------------	---------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Suficienciados	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denom.Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Alt	40-Data de Realização	41-Motivo da Glossa	42-Assinatura
		1-0 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	11	1	6 1 ,0 0	1	0 ,0 0	1	11/12/2010	_____
		2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	11	1	6 1 ,0 0	1	0 ,0 0	1	11/12/2010	_____
		3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	11	1	6 1 ,0 0	1	0 ,0 0	1	11/12/2010	_____
		4-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	11	1	6 1 ,0 0	1	0 ,0 0	1	11/12/2010	_____
		5-											
		6-											
		7-											
		8-											
		9-											
		10-											
		11-											
		12-											
		13-											
		14-											
		15-											

43-Data Provisão Término do Tratamento 11/12/2010	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Esame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Oftalmologia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 4 4 ,0 0	47-Valor Total R\$ 0 ,0 0	48-Total Franquia Co-participação R\$ 0 ,0 0
------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	-------------------------------------------------

Declaro, que após ter sido devolutivamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/2010 Kelly Souza Abreu	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/2010 Kelly Souza Abreu	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/2010 Fernanda Regina Urbano da Conceição
53-Data, Local e Círculo da Empresa CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI - Centro - Niterói - Rio de Janeiro - RJ - 25033-248	54-Data, Local e Círculo da Empresa CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI - Centro - Niterói - Rio de Janeiro - RJ - 25033-248	55-Data, Local e Círculo da Empresa CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI - Centro - Niterói - Rio de Janeiro - RJ - 25033-248