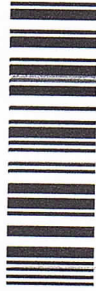


# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

392094  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 00/07/11 00/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7943052		7-Data Validade da Senha 00/05/10 01/12/11	
8-Número de Carteira 00020202532404200000001001		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 00/00/00 00/00/00		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCAS DA CRUZ FARIA SILVA		22/02/1999		14-Telefone (000) 0000000000000000		15-Nome do titular do plano LUCAS DA CRUZ FARIA SILVA			
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 na Operadora / CNPJ / CPF 0009004972607		22-Nome do Contratado Excludente KELLY DE SOUZA ABREU		23-Número no CRO 27786		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excludente KELLY DE SOUZA ABREU		27-Número no CRO 27786		28-UF RJ		29-Código CBO S		Faturar Empresa Enviar - RX (NF) 85200158-16	
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Pagila		34-Face	
1-0001852000158		TRATAMENTO ENDODONTICO		16		35-Qtd		36-Quantidade US	
2-0001852000158						37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-0001852000158								39-Aut	
4-0001852000158								40-Data de Realização	
5-0001852000158								41-Motivo de Glosa 42-Assinatura	
6-0001852000158								43-Data	
7-0001852000158								44-Data	
8-0001852000158								45-Data	
9-0001852000158								46-Data	
10-0001852000158								47-Data	
11-0001852000158								48-Data	
12-0001852000158								49-Data	
13-0001852000158								50-Data	
14-0001852000158								51-Data	
15-0001852000158								52-Data	
43-Data Previsto Término do Tratamento 08/11/10 10/12/10		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia - Co-participação R\$		49-Valor Total R\$		50-Total Quantidade US		51-Valor Total R\$		52-Total Franquia - Co-participação R\$	
<p>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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.</p>									
48-Observação									
53-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/10 10/12/10		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 08/11/10 10/12/10		55-Data, local e Assinatura da Empresa 08/11/10 10/12/10		56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 08/11/10 10/12/10		57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 08/11/10 10/12/10	

SORRINDO MAIS DE NITEROI LTDA  
CNPJ: 29.833.248/0001-15  
Visconde do Rio Branco, 301 Aptº 01/02  
Centro - Niterói - RJ