



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2019	4-Data de Autorização 12/05/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7872584	7-Data Validade da Sentença 11/04/2020	375724 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 00202530781600030011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome BRUNO ALVES RODRIGUES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BRUNO ALVES RODRIGUES
----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITERÓI	18-Número no CRO 27786	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 009049172607	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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volts	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	25/09/2019		
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	25/09/2019		
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	25/09/2019		
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	25/09/2019		
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	25/09/2019		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Revisão Termino do Tratamento 25/09/2019	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	--	----------------------------------	----------------------------	---

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/09/2019
---	---	---	---

SORRINDO MAIS DE NITERÓI LTDA

CNPJ: 29.833.248/0001-15

visconde do Rio Branco, 301 Apto 01/02

Centro - Niterói - RJ