

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluído

2-AF



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2012 4-Data de Autorização 12/05/2011 5-Serha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8551990 7-Data Validade da Serha 02/08/2011 541929 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202536910700000103

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THAINA SORIANO SALUSTIANO GALDINO

01/10/2010

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCOS PACHECO PESTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI

18-Número no CRO 2786

19-UF RJ

20-Código CBO S 06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00904972607

22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU

23-Número no CRO 2786

24-UF RJ

25-Código CNES

25-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU

27-Número no CRO 2786

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentist/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37	1	1	4,90	0,00	0,00	1	12/05/21		
2-00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47	1	1	4,90	0,00	0,00	1	12/05/21		
3-00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	4,90	0,00	0,00	1	15/05/21		
4-00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17	1	1	4,90	0,00	0,00	1	15/05/21		
5-00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	4,90	0,00	0,00	1	18/05/21		
6-00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27	1	1	4,90	0,00	0,00	1	18/05/21		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/05/21 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 294,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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/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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/21 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/21 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/21 53-Data, Local e Assinatura da Empresa 18/05/21

RR - Niterói - Centro