



117-00000000-00000000

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



409310  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/10 12 10	4-Data de Autorigação 13/01/10 12 10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202956	7-Data Validação da Santa 12/8/10 11 21
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 3 7 9 9 9 4 0 6 3 5 6 8 5 9 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROTEST ADMINISTRA	11-Data Validação da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702102883901570
13-Nome GLEIDSTON RIBEIRO REGADA	14-Telefone ( ) - - - - -	15-Nome do titular do plano GLEIDSTON RIBEIRO REGADA		

## 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	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200158-47
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 0 9 0 4 9 7 2 6 0 7	22-Nome do Contratado Exequante KELLY DE SOUZA ABREU	23-Número no CRO 27786	24-UF RJ	25-Código CNES 27786	
26-Nome do Profissional Exequante 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47	1	15 3 3 10 0	0,00			13/01/10		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 21/01/10	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 15 3 3 10 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante 21/01/10	51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista 21/01/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/10	53-Data, local e Assinatura do Plano de Empresa 21/01/10
--	--	---	---

CNPJ: 29.833.248/0001-15

Visconde do Rio Branco, 301 Aptº 01/02

Centro - Niterói - RJ