

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 11/15/10
 4-Data de Autorização 11/15/10
 5-Semeta AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 50199720
 7-Data Validade da Semeta 11/13/10
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703006881576373

8-Número da Carteira 10103719191410641016154710
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa GRANHHC SERVICES S
 11-Data Validade da Carteira
 13-Nome HERMES GOMES
 14-Teléfono
 15-Nome do titular do plano HERMES GOMES

16-Atendimento a RUI
 17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI
 18-Número no CRO 27786
 19-UF RJ
 20-Código CBO S 801 -
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10109104972607
 22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU
 23-Número no CRO 27786
 24-UF RJ
 25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX
 26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU
 27-Número no CRO 27786
 28-UF RJ
 29-Código CBO S (IF) 85200140-24

30- Tabela 31- Código do Procedimento 32- Descrição 33- Dente/Região 34- Faço 35- Qtd 36- Quantidade US 37- Valor 38- Franquia/Co-participação R\$ 39- Aut 40- Data de Realização 41- Motivo de Glosa 42- Assinatura

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faço	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de Glosa	42- Assinatura
1-0	08521001410	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24	1	3	3,00	0,10			15/10/20		[Assinatura]
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/20
 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 33,30
 46-Total Quantidade US 33,30
 47-Valor Total R\$ 0,10
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
 50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/15/10/20
 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/15/10/20
 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/15/10/20
 53-Data, Local e Endereço da Empresa 15/10/2010
 SORRINDO MAIS DE NITEROI LTDA
 CNPJ: 29.833.248/0001-15
 Visconde do Rio Branco, 301 Aprº 02-207