



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/09	4-Data de Autorização 12/05/10	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7882806	7-Data Validade da Sentia 11/06/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 0101201253105864000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 377851 INTERCÂMBIO
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome GRAZIELLE DA SILVA BEZERRA	25/01/1998	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GRAZIELLE DA SILVA BEZERRA
---------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000904972607	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-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	08200859	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	1	73,00	10,00		SI	25/09/2020	Sorrendo Mais de Niteroi	
2-0	08200859	EXODONTIA DE RAIZ	47	1	1	73,00	10,00		SI	25/09/2020	Sorrendo Mais de Niteroi	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/09/20	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 146,00	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) 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 25/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20	53-Data, local e Campo da Empresa 25/09/20
---	---	---	---

CNPJ: 29.833.248/0001-11
Visconde do Rio Branco, 301 Aptº 01/02
Centro - Niterói - RJ