



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

417377
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Santa
11/01/02/12/11

16-Número da Guia Principal
8046241

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/12/11/11/12/01

3-Data de Emissão da Guia
11/12/11/11/12/01

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira
0101202510550600764501

13-Nome
CLELIA CRISTINA TELES DA CONCEICAO

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/12/11/11/12/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
CLELIA CRISTINA TELES DA CONCEICAO

14-Telefone
(11) 11111111

16-Endereço a RN
CONTACT DENTAL

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

21-Código na Operadora / CNPJ / CNP
117140719114877

22-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

23-Número no CRO
69457

24-UF
SP

25-Código CNES
69457

26-Nome do Profissional Executante
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

27-Número no CRO
69457

28-UF
SP

29-Código CBO S
69457

30-Título
CONSULTA ODONTOLÓGICA

31-Código do Procedimento
1081000030

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região
111341000

34-Face
1

35-Ord
1

36-Quantidade US
34100

37-Valor
0100

38-Franquia/Co-participação R\$
0100

39-Aut
S1121111210

40-Data de Realização
11/12/11/11/12/01

41-Motivo da Guia 42-Assinatura
Ella C.T.C. Figueira

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/12/11/11/12/01

44-Tipo de Atendimento
11

45-Tipo de Faturamento
11

46-Tipo de Faturamento
11

47-Valor Total R\$
34100

48-Valor Total R\$
34100

49-Valor Total R\$
34100

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/12/11/11/12/01 SP

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/11/11/12/01 SP

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/12/11/11/12/01 SP

54-Data, local e Assinatura 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.

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/12/11/11/12/01 SP

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/11/11/12/01 SP