



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2013	4-Data de Autorização 11/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8358102	7-Data Validade da Senha 10/12/2016	491580 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 10102025107366701091182021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA CRISTINA R AGUIAR DE AGUIAR		14-Telefone (11) 021966	15-Nome do titular do plano MARCUS VINICIUS AGUIAR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN CONTACT DENTAL	17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11740791148771	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI	27-Número no CRO 69457
18-Número no CRO 69457	19-UF SP
23-Número no CRO 69457	24-UF SP
25-Código CNES (1) 85100200	29-Código CBO S (1) 85100200
20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010851102010	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00	0,00	18/05/2014			
2	010851102010	RESTAURAÇÃO RESINA	41	IV	1	88,00	0,00	0,00	18/05/2014			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	10,00								

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) 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2014 Dra. Ana Patricia Cecce Delafiori Cirurgiã Dentista CROSP 69457	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2014 Dra. Ana Patricia Cecce Delafiori Cirurgiã Dentista CROSP 69457	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2014 [Assinatura] [Assinatura]	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/05/2014 CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA RUA BELOGA, 22 - PARADA ITORRE S. JOSE - SP / CEP 17.229
--	--	---	--