



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 5-Data de Autorização 11/05/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8554609 7-Data Validade da Guia 10/03/10 8-Data de Realização 10/05/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025370799000000101 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 542622 INTERCÂMBIO

13-Nome JOSE CARLOS RUSSO 14-Telefone (11) 18/11/1978 15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS RUSSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CONTACT DENTAL 17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL 18-Número no CRO 69457 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117407914877 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI 23-Número no CRO 69457 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI 27-Número no CRO 69457 28-UF SP 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 Grete	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,00	10,00	10,00	10/05/12	10/05/12	10/05/12
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,00	10,00	10,00	10/05/12	10/05/12	10/05/12
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,00	10,00	10,00	10/05/12	10/05/12	10/05/12
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,00	10,00	10,00	10/05/12	10/05/12	10/05/12
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,00	10,00	10,00	10/05/12	10/05/12	10/05/12
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Tótil Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Valor Total R\$ 10,00 49-Observação

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 de profissional assistente e de 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 Co-ordenadora 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 URA. Ana Patricia Cece Delafiori Cirurgião Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/12 139 CROSP 69457 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/12 139 53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/05/12 139 CNPJ: 26 888 247/0001-80 RUA BEF TIOGA, 23 - PARADA ARMORE SÃO PAULO SP / CROSP 17.229

CONTACT DENTAL CLÍNICA ODONTOLÓGICA