

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 27/10/15 4-Data de Autorização 10/11/06 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8639058 7-Data Validade da Senha 12/5/10 8-12-11

566527
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025370799000000102

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIANE PATRICIA FERREIRA ALVES RUSSO

15/10/1974

14-Telefone

15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS RUSSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL

18-Número no CRO 69457

19-UF SP

20-Código CBO S 03

21-UF SP

22-UF SP

23-Código CNES

24-UF SP

25-Código CBO S

26-UF SP

27-UF SP

28-UF SP

29-UF SP

30-UF SP

31-UF SP

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-UF SP

26-UF SP

27-UF SP

28-UF SP

29-UF SP

30-UF SP

31-UF SP

32-UF SP

33-UF SP

34-UF SP

35-UF SP

36-UF SP

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glóse	42-Assinatura
1	00	85100056	15	1	1	8,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
2	00	85100056	16	1	1	8,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
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 Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial										

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão de Empresa

Dra. Ana Patricia Cece Delafiori
Cirurgia Dentista
CROSP 69457

Dra. Ana Patricia Cece Delafiori
Cirurgia Dentista
CROSP 69457

CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA
RUA BERTIOLA, 23 - PÇA DA ARVORE
SÃO PAULO - SP / CROSP 17.229