

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº Guia no Prestador

3997084S



1 - Registro ANS 3 0 3 6 2 3		3 - Número da Guia Principal 0 7 1 0 2 0 2 0		4 - Data da Autorização 0 7 1 0 2 0 2 0		5 - Senha 3 9 9 7 0 8 4 S		6 - Data de Validade da Senha 0 6 1 1 2 0 2 0		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 9 9 7 0 8 4 S																																																																																																																																																																																																																																								
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira: 6 5 9 5 4 9 - Plano: TRASMONTANO LIFE + 100 ODONTO 10 - Empresa: CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO 11 - Validade da Carteira 12 - Cartão Nacional de Saúde 13 - Nome: DANIEL MARTINS CANDIDO DA SILVA 14 - Telefone 15 - Nome do titular do plano 16 - Atendimento a R# N																																																																																																																																																																																																																																																		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 17 - Nome do Profissional Solicitante: ANA PATRICIA CECE DELAFIORI 18 - Número no CRO: 6 9 4 5 7 19 - UF: S P 20 - Código CBO: 2 2 3 2 0 8 21 - Código na Operadora: 2 6 8 8 2 4 7 0 0 0 1 8 0 22 - Nome do Contratado Executante: CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI 23 - Número no CRO: 6 9 4 5 7 24 - UF: S P 25 - Código CNES: 9 6 0 3 3 7 9 26 - Nome do Profissional Executante: ANA PATRICIA CECE DELAFIORI 27 - Número no CRO: 6 9 4 5 7 28 - UF: S P 29 - Código CBO: 2 2 3 2 0 8																																																																																																																																																																																																																																																		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados <table border="1"> <thead> <tr> <th>30 - Tabela 31 - Código do Procedimento</th> <th>32 - Descrição</th> <th>33 - Dente/Região 34 - Face</th> <th>35 - Qtd</th> <th>36 - Qtd - US</th> <th>37 - Valor R\$</th> <th>38 - Franquia (R\$)</th> <th>39 - Aut</th> <th>40 - Cod</th> <th>41 - Data de Realização</th> <th>42 - Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01-2.2</td> <td>8 1 0 0 0 0 6 5</td> <td>CONSULTA ODONTOLÓGICA INIC</td> <td>A S A I</td> <td>1</td> <td>8 8 0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0 7 1 0 2 0 2 0</td> <td>DM</td> </tr> <tr> <td>02-2.2</td> <td>8 5 3 0 0 0 4 7</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>H A I D</td> <td>1</td> <td>1 2 5 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0 7 1 0 2 0 2 0</td> <td>DM</td> </tr> <tr> <td>03-2.2</td> <td>8 5 3 0 0 0 4 7</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>H A I E</td> <td>1</td> <td>1 2 5 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0 7 1 0 2 0 2 0</td> <td>DM</td> </tr> <tr> <td>04-2.2</td> <td>8 5 3 0 0 0 4 7</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>H A S D</td> <td>1</td> <td>1 2 5 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0 7 1 0 2 0 2 0</td> <td>DM</td> </tr> <tr> <td>05-2.2</td> <td>8 5 3 0 0 0 4 7</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>H A S E</td> <td>1</td> <td>1 2 5 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0 7 1 0 2 0 2 0</td> <td>DM</td> </tr> <tr><td>06</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>07</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>08</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>09</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>												30 - Tabela 31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região 34 - Face	35 - Qtd	36 - Qtd - US	37 - Valor R\$	38 - Franquia (R\$)	39 - Aut	40 - Cod	41 - Data de Realização	42 - Assinatura	01-2.2	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA INIC	A S A I	1	8 8 0				0 7 1 0 2 0 2 0	DM	02-2.2	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	H A I D	1	1 2 5 4				0 7 1 0 2 0 2 0	DM	03-2.2	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	H A I E	1	1 2 5 4				0 7 1 0 2 0 2 0	DM	04-2.2	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	H A S D	1	1 2 5 4				0 7 1 0 2 0 2 0	DM	05-2.2	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	H A S E	1	1 2 5 4				0 7 1 0 2 0 2 0	DM	06											07											08											09											10											11											12											13											14											15											16											17											18											19											20										
30 - Tabela 31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região 34 - Face	35 - Qtd	36 - Qtd - US	37 - Valor R\$	38 - Franquia (R\$)	39 - Aut	40 - Cod	41 - Data de Realização	42 - Assinatura																																																																																																																																																																																																																																								
01-2.2	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA INIC	A S A I	1	8 8 0				0 7 1 0 2 0 2 0	DM																																																																																																																																																																																																																																								
02-2.2	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	H A I D	1	1 2 5 4				0 7 1 0 2 0 2 0	DM																																																																																																																																																																																																																																								
03-2.2	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	H A I E	1	1 2 5 4				0 7 1 0 2 0 2 0	DM																																																																																																																																																																																																																																								
04-2.2	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	H A S D	1	1 2 5 4				0 7 1 0 2 0 2 0	DM																																																																																																																																																																																																																																								
05-2.2	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	H A S E	1	1 2 5 4				0 7 1 0 2 0 2 0	DM																																																																																																																																																																																																																																								
06																																																																																																																																																																																																																																																		
07																																																																																																																																																																																																																																																		
08																																																																																																																																																																																																																																																		
09																																																																																																																																																																																																																																																		
10																																																																																																																																																																																																																																																		
11																																																																																																																																																																																																																																																		
12																																																																																																																																																																																																																																																		
13																																																																																																																																																																																																																																																		
14																																																																																																																																																																																																																																																		
15																																																																																																																																																																																																																																																		
16																																																																																																																																																																																																																																																		
17																																																																																																																																																																																																																																																		
18																																																																																																																																																																																																																																																		
19																																																																																																																																																																																																																																																		
20																																																																																																																																																																																																																																																		
43 - Data de Término do Tratamento		44 - Tipo de Atendimento		45 - Tipo de Faturamento		46 - Total Quantidade US		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total Franquia (R\$)																																																																																																																																																																																																																																								
		1		4				5 8 1 9 6		14.19																																																																																																																																																																																																																																								
49 - Observação / Justificativa 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 (ele) procedeu(nos) de acordo com a ética e por mim assinado(s) (foram realizados) 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.																																																																																																																																																																																																																																																		
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/2020			51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra. Ana Patricia Cecci Delafiori Cirurgia Dentista CRCSP 69457			52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2020			53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Ana Patricia Cecci Delafiori Cirurgia Dentista CRCSP 69457																																																																																																																																																																																																																																									
54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável 07/10/2020			55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável DM			56 - Data do cancelamento da empresa 07/10/2020			57 - Data da assinatura da empresa CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA CNPJ: 26.888.247/0001-80 RUA BERTIOLA, 23 - PÇA DA ÁRVORE SÃO PAULO - SP / CROSP 17229																																																																																																																																																																																																																																									