



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



550853
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/05	4-Data de Autorização 11/05/05	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8585734	7-Data Validade da Senha 11/11/08
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00020215358128000000102	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
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome RAKEL SILVARES SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IZABELA DOS SANTOS SILVA
----------------------------------	------------------------------	---

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 03	25- 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	10	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			11/05/05		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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) 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 11/05/05/RLR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/05/2415	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/05/2415	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/05/2415
---	--	--	--

Dra. Ana Patricia Cecci Delafiori
Cirurgiã Dentista
CROSP 69457

Dra. Ana Patricia Cecci Delafiori
Cirurgiã Dentista
CROSP 69457

CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 26 888 247/0001-80
RUA BERTHOGA, 22 - PÇA DA MOREIRA
S/A PAULI - SP / CROSP 17.229