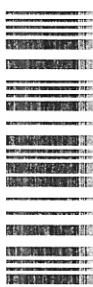




Realizado pela web Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



400763
INTERCAMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 11/12/10	4-Data de Autorização 12/11/10 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7978509	7-Data Validade da Senha 11/9/10 11/12/11
------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10101201251101510610119110151011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome KARLA JULIANE DOS SANTOS GONCALVES	28/04/1991	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano KARLA JULIANE DOS SANTOS GONCALVES
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL	18-Número no CRO 69457	19-UF SP	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117140179148771111	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-Teclada	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 Glosa	42-Assinatura
1-00	810010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,10	10			12/11/10 11/12/10		
2-10	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,10	10			12/11/10 11/12/10		
3-10	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,10	10			12/11/10 11/12/10		
4-10	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,10	10			12/11/10 11/12/10		
5-10	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,10	10			12/11/10 11/12/10		
6-11												
7-11												
8-11												
9-11												
10-11												
11-11												
12-11												
13-11												
14-11												
15-11												
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-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	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) 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 12/11/10 11/12/10 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10 11/12/10 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 11/12/10 Karla J.S. Gonalves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/10 11/12/10 SP
---	---	--	---

Dra. Ana Patricia Cece Delafiori
Cirurgiã Dentista
CROSP 69457

Dra. Ana Patricia Cece Delafiori
Cirurgiã Dentista
CROSP 69457

CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 26.998.247/0001-80
RUA BERTOGA, 23 - POA DA NOBRE
SAO PAULO SP / CROSP 17.229