



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2015 4-Data de Autorização 10/11/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8633124 7-Data Validade da Senha 12/4/2018

564860 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202537079900000102

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1774079148777 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

23-Número no CRO 69457

24-UF SP

25-Código CNES

Enviar - RX (IF) 85200158-46

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 Glosa	42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	46	1	1	533,00	0,00			10/11/2016		Assinatura
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Previsão 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 533,00

47-Valor Total R\$ 0,00

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 10/11/2016/24 Dr. Ana Patricia Cece Delafiori

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2016/24 Dr. Ana Patricia Cece Delafiori

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2016/24 Jose Carlos Russo

53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2016/24

CONTACT DENTAL CLÍNICA ODONTOLÓGICA CNPJ: 26.888.247/0001-80

Cirurgia Dentista CROSP/69457

Cirurgia Dentista CROSP/69457

RUA BERTIOGA, 23 - PÇA DA ARMORE SÃO PAULO - SP / CROSP 17.229