



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/03/2017

4-Data de Autorização
11/08/2017

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8585786

7-Data Validade da Senha
11/11/2017

550860
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202510550601935604

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RICHARD GOUVEIA TOSETTO

01/04/2017

14-Telefone
() -

15-Nome do Titular do Plano
DANILO TOSETTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CONTACT DENTAL

22-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

18-Número no CRO
69457

19-UF
SP

20-Código CBO S
03

025 -
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	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	51		1	4,90	0,00					
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	61		1	4,90	0,00					
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	55		1	4,90	0,00					
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	65		1	4,90	0,00					
5	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	75		1	4,90	0,00					
6	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	85		1	4,90	0,00					
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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
11/03/2017 Sr. Ana Patricia Cece Delafiori

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/08/2017 Sr. Ana Patricia Cece Delafiori

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/03/2017 Sr. Danilo Tosetto

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/03/2017

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

Cirurgiã Dentista
CROSP 69457

Dra. Ana Patricia Cece Delafiori
Cirurgiã Dentista
CROSP 69457

Dra. Ana Patricia Cece Delafiori
Cirurgiã Dentista
CROSP 69457

CNPJ: 26 888 247/0001-80
RUA BERTOGA, 23 - PÇA DA ARMORE
SÃO PAULO - SP / CROSP 17.229