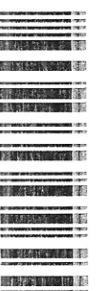




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



398884  
INTERCÂMBIO

|                          |                                               |                                            |                        |                                       |                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/9/11 01/12/01 | 4-Data de Autorização<br>12/01/11 01/12/01 | 5-Sinthe<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7970244 | 7-Data Validade da Sinthe<br>11/7/10 11/12/11 |
|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                  |                                |                                    |                                                   |                                       |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>010120125073667010918204 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>RENAULT DO BRASIL SA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|

13-Nome  
BRENO DE MENDONÇA AGUIAR

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                       |                                                       |                           |             |                       |                          |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>CONTACT DENTAL | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CONTACT DENTAL | 18-Número no CRO<br>69457 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>03 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                     |                                                                 |                           |             |                |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNU / CPF<br>1174107914877 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PATRICIA CECE DELAFIORI | 23-Número no CRO<br>69457 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                                   |                           |             |                 |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PATRICIA CECE DELAFIORI | 27-Número no CRO<br>69457 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Race | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo de Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 11010101030               | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       |        | 3141010          | 01010    |                                 |        | 11/9/10 10/12/01      |                    | Muellet       |
| 2-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                             |                                                                                                            |                                             |                                   |                              |                                         |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>3141010 | 47-Valor Total R\$<br>101010 | 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<br>11/9/11 10/12/01 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/9/11 10/12/01 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/9/11 10/12/01 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/9/11 10/12/01 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

Dra. Ana Patricia Cecci Delafiori  
Cirurgiã Dentista  
CR0SP 69457

Dra. Ana Patricia Cecci Delafiori  
Cirurgiã Dentista  
CR0SP 69457

CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA  
RUA BERTIOGA, 23 - RUA DA ARMORE  
SAO PAULO SP / CROSP 17.229