



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



491584
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/03 4-Data de Autorização 11/08/05 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8358108 7-Data Validade da Senha 10/12/06 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA 11-Data Validade da Carteira 11/02/1966 12-Nome do titular do plano MARCUS VINICIUS AGUIAR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome MARIA CRISTINA R AGUIAR DE AGUIAR

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1174079114877 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

18-Número no CRO 69457 19-UF SP 20-Código CBO S 03 23-Número no CRO 69457 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 27-Número no CRO 69457 28-UF SP 29-Código CBO S (I) 85100200

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-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VO	1	8,80	0,00			18/05/24		
2	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OV	1	8,80	0,00			18/05/24		
3	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	8,80	0,00			18/05/24		
4	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	8,80	0,00			18/05/24		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 5 2 0 0									

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

CONTACT DENTAL CLÍNICA ODONTOLÓGICA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/24

Dra. Ana Patricia Cecci Delafiori
Cirurgia Dentista
CROSP 69457

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/24

Dra. Ana Patricia Cecci Delafiori
Cirurgia Dentista
CROSP 69457

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/24

53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/05/24

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