



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



334433
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 14/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683539	7-Data Validade da Senha 04/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
6-Número da Carteira 00202510550601554802		13-Nome LIVIA CAROLINE DOS SANTOS		14-Telefone () 5174-9047		15-Nome do Titular do plano TEREZA DE FATIMA SILVA DOS SANTOS			
		27/03/1994							

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 34496		19-UF SP		20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIO TALMILLI		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04677701822		22-Nome do Contratado Executante FLAVIO TALMILLI		23-Número no CRO 34496		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FLAVIO TALMILLI		27-Número no CRO 34496		28-UF SP		29-Código CBO 3							

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	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	06/07/20		
2	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/07/20	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 178,00	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) 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 14/07/20 Flávio Talmilli	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/20 Flávio Talmilli Drº Flávio Talmilli CROSP 34496	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/20 Tereza de Fátima Silva dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--