



1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2021	4-Data de Autuação 19/10/2021	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8335194	7-Data Vencida da Série 26/10/2021
------------------------	---	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

485793
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251050600442101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Vencida da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--	------------------------------------	--

13-Nome

ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ

ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ

Data do Contratação Responsável pelo Tratamento

20/06/1965

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	---

21-Código de Operação - CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Excludente GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
---	--	----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Excludente GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S /
--	----------------------------	-------------	----------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Cose	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	88,00	0,00	0,00	18/03/21			X
2-00												
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Quantidade US 88,00	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 18/03/21 Dra. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/21 Dra. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21 X	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
--	--	---	---

Dra. Giovanna Tini
CRO - SP 120548



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/03/21

4-Data de Autorização
12/03/21

6-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8405282

7-Data Validade da Série
11/08/21

504569
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202529655200000103

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LUIS GUSTAVO DIAS SANTIAGO

05/01/2000

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

ELIANE SELVINA DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alinhamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
44249633810

22-Nome do Contratado Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
120548

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO
120548

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 Causa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	10	0,00			12/03/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

34,00

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

12/03/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/03/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/03/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2013	4-Data de Autorização 12/04/2013	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8405279	7-Data Validade da Serção 11/07/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

504564
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202529655200000101	9-P plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	----------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ELIANE SELVINA DIAS	01/03/1973	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIANE SELVINA DIAS
--------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14124963810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	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-Metro da Gloriosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	136	0,00	0,00	0,00	5	24/10/2013	11/11/11	X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	136	0,00	0,00	0,00	5	24/10/2013	11/11/11	X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	136	0,00	0,00	0,00	5	24/10/2013	11/11/11	X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	136	0,00	0,00	0,00	5	24/10/2013	11/11/11	X
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/10/2013	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 144,00	47-Valor Totál R\$ 0,00	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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(ram) 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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2013 Dra. Giovanna Tini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2013 Dra. Giovanna Tini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2013 X-888	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---

CRO - SP 120 548

Dra. Giovanna Tini
CRO - SP 120 548

[illegible]



6-Numero da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 0 6 1 7 7 0 0 0 0 1 0 1																				
9-Plano	POS REDE PRESTADORA																				
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA																				
11-Dia Validade da Carteira	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>/</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>/</td><td>/</td><td></td><td></td></tr></table>											/	/					/	/		
/	/					/	/														
12-Numero do Contrato Nacional de Saude																					

LUCINEIDE DA SILVA OLIVEIRA	04/03/1979	() - () 1+Telefone	LUCINEIDE DA SILVA OLIVEIRA 15-Nome do titular do plano
-----------------------------	------------	-------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI		18-Número no CRO 120548		19-Uf SP		20-Código CBO 5		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810		22-Nome do Contratado Easculante GIOVANNA FRANCO TINI		23-Número no CRO 120548		24-Uf SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI				27-Número no CRO 120548		28-Uf SP		29-Código CBO 5			

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rapido	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1- 0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
RESTAURAÇÃO RESINA												
2- 0	0											
3- 0	0											
4- 0	0											
5- 0	0											
6- 0	0											
7- 0	0											
8- 0	0											
9- 0	0											
10- 0	0											
11- 0	0											
12- 0	0											
13- 0	0											
14- 0	0											
15- 0	0											

43- Data Previsto Término do Tratamento

12/05/2012

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

8800

47- Valor Total R\$

0000

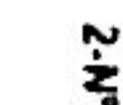
48- Total Franquia / Co-participação R\$

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(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/5/10 21/21 Dra. Giovanna Timi CRO - SP 120568	12/5/10 21/21 Dra. Giovanna Timi CRO - SP 120568	12/5/10 21/21 X D. Camacho	11/11/11



2-Me



491698
INTERCÂMBIO

12-Numero do Cartão Nacional de SaúdeDA SILVA025 -

Faturar Empresa

Código CBO S	Descrição	Quantidade	Valor
0000000000	0000000000	0000000000	0000000000

41-Motivo da Glosa 42-Assimilativa

0059 42-Assinatura

48- Total Franquia / Co-participação R\$ _____,_____.

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato

49-Observação

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO - ŠP 120 548



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



491702
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/04/2013	4-Data de Autorização 10/09/2013	5-Será AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8358535	7-Data Validade da Senha 10/12/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202527608900005503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PITLAK CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SAMANTA SAMPAIO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO HERCULANO DA SILVA
----------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI
26-Nome do Profissional Escodante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548
18-Número no CRO 120548	19-UF SP
23-Número no CRO 120548	24-UF SP
25-Código CNES	20-Código CBO S 025 -
28-UF SP	29-Código CBO S
Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fone	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ciosa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	61,00	0,00	0,00		10/03/14		<i>Sampaio</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/14	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Totol 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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 10/03/14 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120-548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/14 Dra. Giovanna Tini CRO - SP 120-548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/14 Samanta	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
28/10/11 12:11

4-Data de Autorização
04/10/2011

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
464985

7-Data Válida de Santa
28/10/11 12:11

464985
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202527608900005503

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
PITLAK CIA LTDA

11-Data Válida da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SAMANTA SAMPAIO

14-Telefone
07/09/1977

15-Nome do titular do plano
MARCELO HERCULANO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RVN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GIOVANNA FRANCO TINI

18-Número no CRO
120548

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
44249633810

22-Nome do Contratado Específico
GIOVANNA FRANCO TINI

23-Número no CRO
120548

24-UF
SP

25-Código na Operadora / CNPJ / CPF
44249633810

26-Nome do Profissional Específico
GIOVANNA FRANCO TINI

27-Número no CRO
120548

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Franchise/Co-participação R\$
S 03/03/11 12:11

31-Aut
42-Autorização

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Autorização
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00	S 03/03/11 12:11				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Pagamento Termino do Tratamento
03/03/11 12:11

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
61,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franchise / 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
03/10/11 12:11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/10/11 12:11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/10/11 12:11

53-Data, local e Cartão da Empresa

Dra. GIOVANNA TINI
CRO - SP 120548

Dra. GIOVANNA TINI
CRO - SP 120548

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão do Guia
26/11/2021

3-Série
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
04/10/2021

5-Numero da Guia Principal
8338782

6-Data Validação da Série
27/05/21

486691
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

7-Endereço do Beneficiário
000202510550600316701

8-Endereço do Prestador
POS REDE PRESTADORA

9-Endereço da Assistência
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

10-Endereço do Beneficiário
11/11/11

11-Endereço do Beneficiário
12/11/11

12-Endereço do Beneficiário
12/11/11

13-Endereço do Beneficiário
MARIA APARECIDA DOS REIS

14-Endereço do Beneficiário
22/11/1959

15-Endereço do Beneficiário
16-Telefone
()

17-Endereço do Beneficiário
MARIA APARECIDA DOS REIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
19-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

20-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

21-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

22-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

23-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

24-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

25-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

26-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

27-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

28-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

29-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

30-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

31-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

32-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

33-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
120548

34-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

35-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

36-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

37-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

38-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

39-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

40-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

41-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

42-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

43-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

44-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

45-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

46-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

47-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

48-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

49-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

50-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

51-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

52-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

53-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

54-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

55-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

56-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

57-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

58-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

59-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

60-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

61-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

62-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

63-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

64-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

65-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

66-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

67-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

68-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

69-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

70-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

71-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

72-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

73-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
GIOVANNA FRANCO TINI

Dra. Giovanna Tini
CRO - SP 120 548

51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/2021

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2021

53-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2021

54-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2021



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2021	4-Data de Autorização 03/03/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero de Guia Principal 8335200	7-Data Validade da Senha 26/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

485804
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00202527608900005501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PITLAK CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCELO HERCULANO DA SILVA	07/04/1979	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO HERCULANO DA SILVA
---------------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Numero no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44249633810	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO TINI	23-Numero no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI		27-Numero no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

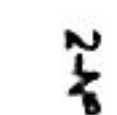
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugão	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/03/21		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/03/21		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/03/21		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/03/21		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/03/21	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 144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	-----------------------------	---

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 03/03/21 DRA. GIOVANNA FRANCO TINI CRO-SP-20548	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/03/21 DRA. GIOVANNA FRANCO TINI CRO-SP-20548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/21 MARCELO HERCULANO DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



485809
INTERCÂMBIO

025 - Faturar Empresa

41- Mano da Glor 42- Assunção

Hamant
Hamant
Hamant
Hamant

01010

Professional contracts

press

F