



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

338100
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7699618	7-Data Validade da Senha 11/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601554802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LIVIA CAROLINE DOS SANTOS		14-Telefone () 5174-9047	15-Data Validade da Carteira 27/03/1994		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIO TALMILLI	18-Número no CRO 34496	19-UF SP	20-Código CBO S	025 -
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	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante FLAVIO TALMILLI		27-Número no CRO 34496	28-UF SP	29-Código CBO S	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218

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-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PMV	1	122,00	0,00	0,00	S	29/07/20		
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PMV	1	122,00	0,00	0,00	S	29/07/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/07/20	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 244,00	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 29/07/20 Flávio Talmilli	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20 Flávio Talmilli	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20 Tereza de Fátima Silva dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
Dr. Flávio Talmilli CIRURGIÃO DENTISTA CRO 34496			