



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



470232

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 470232	7-Data Validade da Senha 05/05/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202510550601493101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome PATRICIA FRANCO CORREIA		14-Telefone 14/06/1971	15-Nome do titular do plano PATRICIA FRANCO CORREIA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUZANNE LARISSA KAMAKURA KOBAYASI	18-Número no CRO 63840	19-UF SP	20-Código CBO S								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15757643854	22-Nome do Contratado Executante SUZANNE LARISSA KAMAKURA KOBAYASI	23-Número no CRO 63840	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante SUZANNE LARISSA KAMAKURA KOBAYASI		27-Número no CRO 63840	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 Glosa	42-Assinatura
1	0085400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AS		1	555,00	0,00		N	/ /		
2										/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 555,00		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 do 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 / /			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			