



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Agência ANS 408414	3-Dado de Emissão da Guia 11/10/21	4-Data de Autorização 11/10/21	5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 547238	7-Dado Validado da Saúde 09/08/21
-------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

547238

8-Dados do Beneficiário B-Número da Carteira 1002025105506006747011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Dado Validado da Carteira 11/10/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IVAN CHESTAKOV	13/08/1947	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IVAN CHESTAKOV	

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
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-Nome do Profissional Executante SUZANNE LARISSA KAMAKURA KOBAYASI	26-Número no CRO 63840	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Freq	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura				
1-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,6	0,0	0,0	0,0	N	11/10/21
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,6	0,0	0,0	0,0	N	11/10/21
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,6	0,0	0,0	0,0	N	11/10/21
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,6	0,0	0,0	0,0	N	11/10/21
5-1																		
6-1																		
7-1																		
8-1																		
9-1																		
10-1																		
11-1																		
12-1																		
13-1																		
14-1																		
15-1																		
16-1																		
43-Dia Previsto 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\$								
11/10/21		1-7-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1144,00		10,00										

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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
11/10/21	11/10/21	11/10/21	