

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2014
 4-Data de Autorização 12/08/2014
 5-Será Autorizado AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7529450
 7-Data Validade da Seria 12/06/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202510550600317703
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MIRIAN RODRIGUES DA SILVA COSTA
 07/05/1972
 14-1 telefone (11) 365917562
 15-Nome do titular do plano MIRIAN RODRIGUES DA SILVA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adendimento a RN
 17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA
 18-Número no CRO 122986
 19-UF SP
 20-Código CBO S 025 -
 21-Código na Operadora / CNOJ / CPT 31135742855
 22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA
 23-Número no CRO 122986
 24-UF SP
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA
 27-Número no CRO 122986
 28-UF SP
 29-Código CBO S
 30-Franchisa/Co-participação R\$
 39-Aut
 40-Data de Realização
 41-Motivo da Oclusão
 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00	S	28/04/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
 44-Tipo de Adendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 61,00
 47-Valor Total R\$ 10,00
 48-Total Franchisa / 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/04/2020
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/2020
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/2020
 53-Data, local e Cartão da Empresa 28/04/2020
 Dr. Gisele Cristina Kimura Iuassaca
 CRP/SP 122986