amil dental

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador **909428298**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
326305		06/04/2021	909428298	04/08/2021	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde
079508033	DENTAL 205 PADRÃO R PF FAM1	94090025	/ /	

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Atendimento a RN
TATIANE APARECIDA SANTOS DE OLIVEIRA	( ) -	ANTONIO CARLOS MESSIAS DE OLIVEIRA	N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
SUZANNE LARISSA KAMAKURA KOBAYASI	63840	SP	223208

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
11036800	SUZANNE LARISSA KAMAKURA KOBAYASI	63840	SP	

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO
			223208

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtde	36 - Qtde US	37 - Valor R$	38 - Franquia(R$)	39-Aut	40-Cód.Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 - 17	85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	21	LPVMD	01		29,54		A		06/04/21	Tatiane
2 - 17	85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	11	LPVM	01		25,2		A		06/04/21	Tatiane
3 - 17	85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	22	LPVM	01		25,2		A		06/04/21	Tatiane
4 - 17	85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	23	VM	01		22,55		A		06/04/21	Tatiane
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
18 -												
19 -												
20 -												

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47- Valor Total (R$)	48 - Valor Total Franquia (R$)
/ /	1		,	102,49	,

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), tal/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/Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/04/2021	Suzanne L. K. Kobayasi Cirurgiã-Dentista CROSP 63840	/ /	

54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data do carimbo da empresa
06/04/2021	Tatiane Aparecida Santos de Oliveira	/ /