



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

324988
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2016	4-Data de Autorização 11/10/2016	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Numero da Guia Principal 324988	7-Data Validade da Senha 14/10/2016							
Dados do Beneficiário												
8-Numero da Carteira 00202510550600523501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/10/2016	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MARIA VIANA DE OLIVEIRA		14-Telefone 11/10/1956	15-Nome do titular do plano MARIA VIANA DE OLIVEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante R.R. KOGA ODONTOLOGIA (EMERGENCIA)		18-Numero no CRO 39237	19-UF SP	20-Código CBO S 01 025 -							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111485163810		22-Nome do Contratado Executante ROSANA RIEKO KOGA	23-Numero no CRO 39237	24-UF SP	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante ROSANA RIEKO KOGA		27-Numero no CRO 39237	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabella	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	00181000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/06/2016		
2	00181000048	COLAGEM DE FRAGMENTOS	16		1	8,00	0,00			16/06/2016		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 16/10/2016		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 42,00		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(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 16/06/2016, R.R. KOGA ODONTOLOGIA, 03.374.943/0001-72												
51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/2016, R.R. KOGA ODONTOLOGIA, 03.374.943/0001-72												
52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/2016, MARIA VIANA DE OLIVEIRA												
53-Data, Local e Carimbo da Empresa 16/06/2016, INSTITUTO DE ASSISTENCIA												