



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

383611
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/19/20	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 383611	7-Data Validade da Senha 24/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025323481000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /
13-Nome EDNEIA MARCELINO NASCIMENTO VILAS BOAS		14-Telefone 29/11/1981 () 7173612492		15-Nome do titular do plano ADRIANO JOSE MARCELINO VILAS BOAS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante R.R. KOGA ODONTOLOGIA (EMERGENCIA)			18-Número no CRO 39237	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1148563810		22-Nome do Contratado Executante ROSANA RIEKO KOGA		23-Número no CRO 39237	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ROSANA RIEKO KOGA		27-Número no CRO 39237		28-UF SP	29-Código CBO S

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	008100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34100	0,100		N	25/10/2020		
2	008520034	TRATAMENTO EM	46	1		8100	0,100		N	25/10/2020		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/20												
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 42100												
47-Valor Total R\$ 0,100												
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/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(a) Profissional Dentista Solicitante 25/10/2020 03.374.343/0001-72	51-Data, local e Assinatura do(a) Profissional Dentista Contratado 25/10/2020 03.374.343/0001-72	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2020
--	---	---	---