



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

334991
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2017	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Numero da Guia Principal 334991	7-Data Validade da Senha 04/11/2017
Dados do Beneficiário					
8-Numero da Carteira 00202510550600402201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL DE JESUS		14-Telefone 07/09/1979 () -		15-Nome do titular do plano DANIEL DE JESUS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento 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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11485638101		22-Nome do Contratado Executante ROSANA RIEKO KOGA		23-Numero no CRO 39237	24-UF SP
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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400
2	0085200034	TRATAMENTO EM	24	1	800
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 06/11/2017					
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 4200					
47-Valor Total R\$ 0000					
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 Profissional Solicitante 06/11/2017 R.R. KOGA ODONTOLOGIA					
51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 06/11/2017 R.R. KOGA ODONTOLOGIA					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2017					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					