



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

342940
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2020	4-Data de Autorização 21/10/2020	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Numero da Guia Principal 342940	7-Data Validade da Senha 21/10/2020						
Dados do Beneficiário											
8-Numero da Carteira 0002025110550600631601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 21/10/2020	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome NIDIA DE PAULA SIQUEIRA		14-Telefone 03/09/1976	15-Nome do titular do plano NIDIA DE PAULA SIQUEIRA								
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 11485163810	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-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
1-00	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/10/2020	R.R. KOGA
2-00	85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS	27		1	8,00	0,00			21/10/2020	R.R. KOGA
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 21/10/2020											
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\$ 0,00											
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											
R. R. KOGA ODONTOLOGIA											
R. R. KOGA ODONTOLOGIA											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2020 R.R. KOGA											
51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 21/10/2020 R.R. KOGA											
52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 21/10/2020 R.R. KOGA											
53-Data, local e Carimbo da Empresa											