



323934
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2016	4-Data de Autorização ____/____/____	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 323934	7-Data Validade da Senha 11/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550600820201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira ____/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCIMAR GOMES DA SILVA		14-Telefone 13/06/1978	15-Nome do titular do plano LUCIMAR GOMES DA SILVA		
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	20-Código CBO S 01	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1148563810	22-Nome do Contratado Executante ROSANA RIEKO KOGA	23-Número no CRO 39237	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROSANA RIEKO KOGA		27-Número 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			
2-0085200034		TRATAMENTO EM	24		
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data de revisão Tecnico do Tratamento 13/06/2016	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\$ 10,00	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/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 13/06/2016 R.R. KOGA ODONTOLOGIA 03.374.842/0001-72					
51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 13/06/2016 ROSANA RIEKO KOGA 03.374.842/0001-72					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/06/2016 L. Silva					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					