



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

365775
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 08/11/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 365775	7-Data Validade da Senha 12/08/11 11/11/2011
--------------------------	--	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 000202510550601584401		POS REDE PRESTADORA		INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11/11/11			
13-Nome LUCIANA MARTINS RIBEIRO		17/11/1981		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano LUCIANA MARTINS RIBEIRO			

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 111485638810311		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							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	20/08/2011		
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	18	1		8,00	0,00		N	21/02/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/08/11	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 20/08/11 R.R. KOGA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/11 R.R. KOGA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/11 LUCIANA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

03.374.943/0001-72

03.374.943/0001-72

3