



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

415776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 415776	7-Data Validade da Senha 10/11/2012
8-Número da Carteira 00202531654400000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCELA OLIVEIRA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano REINALDO PEREIRA DA SILVA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante R.R. KOGA ODONTOLOGIA (EMERGENCIA)		18-Data de Realização 27/06/2000	
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 01		26-Valor 025 -	
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					
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2011					
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\$ 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/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 Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2011 R.R. KOGA ODONTOLOGIA 03.374.943/0001-72	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2011 R.R. KOGA ODONTOLOGIA 03.374.943/0001-72	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2011 REINALDO PEREIRA DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---