



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

328023
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2016	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 328023	7-Data Validade da Senha 21/10/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550600053101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCIMAURO RICARDO DE SOUSA		14-Telefone 29/08/1975 () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCIMAURO RICARDO DE SOUSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH 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-Old
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	
2	0085100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS	27	1	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/2016					
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 42100					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
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 22/10/2016 R.R. KOGA ODONTOLOGIA (EMERGENCIA) 05.574.315/0001-72					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 22/10/2016 ROSANA RIEKO KOGA 05.574.315/0001-72					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2016 LUCIMAURO RICARDO DE SOUSA					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					