



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

342191
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/17	4-Data de Autorização 20/10/17	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 342191	7-Data Validade da Senha 18/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530598000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 20/10/17
13-Nome JOSE APARECIDO ALVES DOMINGOS		14-Telefone 06/10/1964		15-Nome do titular do plano MARIA DAS DORES CAVALCANTE DOS SANTOS	
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11148563810		22-Nome do Contratado Executante ROSANA RIEKO KOGA		23-Número no CRO 39237	24-UF SP
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oitosa	42-Assinatura
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	20/10/2017		
2	0085200034	TRATAMENTO EM	45	1		8,00	0,00		N	20/10/2017		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 20/11/20												
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\$ 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			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/10/17 R.R. KOGA ODONTOLOGIA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/17 R.R. KOGA ODONTOLOGIA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/17	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/17

03.374.943/0001-72

03.374.943/0001-72