



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

378062
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 378062	7-Data Validade da Senha 11/12/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531279500000101	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 TATIANE MONTEFUSCO DE SOUZA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano TATIANE MONTEFUSCO DE SOUZA					
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 11485638101	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
1-0018100049		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-0018100034		TRATAMENTO EM	25		1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/05/2012					
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/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 11/05/2012 R.R. KOGA					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2012 ROSANA RIEKO KOGA					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2012 Tatiane M. de Souza					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					