



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

383413
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/19 11:20	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Numero da Guia Principal 383413	7-Data Validade da Senha 24/11/21 210							
Dados do Beneficiário												
8-Numero da Carteira 0020202510550601904801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome EVELIN CARLA SCHABIUK LUCENA		14-Telefone 26/05/1981 (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano EVELIN CARLA SCHABIUK LUCENA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante R.R. KOGA ODONTOLOGIA (EMERGENCIA)	18-Numero no CRO 39237	19-UF SP	20-Código CBO S 01	025 -							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111485638101	22-Nome do Contratado Executante ROSANA RIEKO KOGA	23-Numero no CRO 39237	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante ROSANA RIEKO KOGA		27-Numero 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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00081000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	25/10/2019		Evelin
2-000815200034		TRATAMENTO EM	16		1	8,00	0,00		N	26/05/2020		Evelin
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2019		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 Contratado Responsável pelo Tratamento 25/10/2019 R.R. KOGA 13/0001-72			51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 26/05/2020 Evelin			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 Evelin			53-Data, local e Carimbo da Empresa			