



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

325198
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/2020	4-Data de Autorização 16/06/2020	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 325198	7-Data Validade da Senha 16/06/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002022510550601801801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 16/06/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSEMEIRE ALVES RAMOS RODRIGUES		14-Telefone 06/04/1967	15-Nome do titular do plano ROSEMEIRE ALVES RAMOS RODRIGUES		
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11485100048		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	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ragão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	16/06/2020		
2-	0085100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS	31		1	8,00	0,00		N	16/06/2020		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 16/06/2020												
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 16/06/2020 R.R. KOGA ODONTOLOGIA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/2020 R.R. KOGA ODONTOLOGIA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/2020 R.R. KOGA	53-Data, local e Carimbo da Empresa