



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

380013
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2019	4-Data de Autorização 11/11/19	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 380013	7-Data Validade da Senha 21/01/21
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550601203702		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/19	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILENO NASCIMENTO DE JESUS		14-Telefone 27121960 (11) 26402274	15-Nome do titular do plano ALCIONE FIDELIS NASCIMENTO DE JESUS		

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 11485200034		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/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	21/10/2019	
2	0085200034	TRATAMENTO EM	15	1		8,00	0,00		N	21/10/2019	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/10/2019	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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2019 R.R. KOGA	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2019	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2019	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 03.374.342/0001-72
--	--	--	--