



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

330190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/06/2020	4-Data de Autorização 25/06/2020	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 330190	7-Data Validade da Senha 25/06/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 002020252969370000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 25/06/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE UBIRACI DA SILVA JUNIOR	14-Telefone 07/12/1978	15-Nome do titular do plano JOSE UBIRACI DA SILVA JUNIOR			

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 111485100048	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 Glor	42-Assinatura
1	008100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	25/06/2020	25/06/2020	25/06/2020
2	008510048	COLAGEM DE FRAGMENTOS	12	1		8,00	0,00		N	25/06/2020	25/06/2020	25/06/2020
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 25/06/2020	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, nscos, 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 25/06/2020 R.R. KOGA ODONTOLOGIA	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 25/06/2020 JOSE UBIRACI DA SILVA JUNIOR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/2020 JOSE UBIRACI DA SILVA JUNIOR	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------