



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

378398
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/19	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 378398	7-Data Validade da Senha 17/12/20													
Dados do Beneficiário																		
6-Número da Carteira 00202530583300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde														
13-Nome EDGAR SILVA SOUZA		14-Telefone 21/03/1986 () -	15-Nome do titular do plano EDGAR SILVA 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 1148563810	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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura						
1-00181000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	18/10/19								
2-00185200034		TRATAMENTO EM	24		1	8,00	0,00		N	18/10/19								
3-																		
4-																		
5-																		
6-																		
7-																		
8-																		
9-																		
10-																		
11-																		
12-																		
13-																		
14-																		
15-																		
43-Data Previsão Término do Tratamento 18/10/19		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 18/10/19													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/19		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/19		53-Data, local e Carimbo da Empresa	