



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

322641
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/06/2019	4-Data de Autorização 09/06/2019	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 322641	7-Data Validade da Senha 07/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020252113070000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 09/06/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS ALBERTO GARCIA			14-Telefone (11) 3683-0596	15-Nome do titular do plano IVANIA DE ALBUQUERQUE GARCIA	

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 114851000418		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-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	09/06/2019		
2-	0085100418	COLAGEM DE FRAGMENTOS	25	1		8,00	0,00		N	09/06/2019		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Encerramento do Tratamento 09/06/2019	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(ram) 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 09/06/2019 R.R. KOGA ODONTOLOGIA 03.374.543/0001-72	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 09/06/2019 R.R. KOGA ODONTOLOGIA 03.374.543/0001-72	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/06/2019
--	--	---	---

R