



417904
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/21/11/210	4-Data de Autorização 11/6/11/11/210	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8049342	7-Data Validade da Santa 11/01/10/21/211
---------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215216156820104451011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome FABRICIO MACHADO	03/04/1982	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABRICIO MACHADO
-----------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RVN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	18-Número no CRO 7397	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1916316152171717211	22-Nome do Contratado Executante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	23-Número no CRO 7397	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	27-Número no CRO 7397	28-UF SC	29-Código CBO S (I) 85100200	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentu/Região	34- Fase	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- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6 1,10 0	0,10 0			11/11/2011		
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6 1,10 0	0,10 0			11/11/2011		
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6 1,10 0	0,10 0			11/11/2011		
4- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DP	1	8 8,10 0	0,10 0			11/11/2011		
5- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1,10 0	0,10 0			11/11/2011		
6- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6 1,10 0	0,10 0			11/11/2011		
7- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VO	1	8 8,10 0	0,10 0			11/11/2011		
8- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IV	1	8 8,10 0	0,10 0			11/11/2011		
9- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IV	1	8 8,10 0	0,10 0			11/11/2011		
10- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VOM	1	1 2 2,10 0	0,10 0			11/11/2011		
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1- Tratamento Odontológico	1- Total 2- Parcial	7779,10 0	0,10 0								

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) 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 12/01/2011/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2011/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2011/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/2011/21
--	--	--	--

Dr. Franz Ikeda Shimoya Junior
Cirurgião - Dentista
CRO/SC - 7397