



7-Data Validade da Senha
1 3 / 0 1 / 1 2

6-Número da Guia Principal
9172997

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Emissão da Guia
1 5 / 1 0 / 1 2

3-Data de Emissão da Guia
1 5 / 1 0 / 1 2

1-Registro ANS
406414

10-Empresa
TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
OZAIR ANTONIO JAPPE

14-Telefone
15-Nome do titular do plano
OZAIR ANTONIO JAPPE

16-Atendimento a RV
17-Nome do Profissional Solicitante
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

18-Número no CRO
7397

19-UF
SC

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

22-Nome do Contratado Executante
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

23-Número no CRO
7397

24-UF
SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

27-Número no CRO
7397

28-UF
SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentist/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
1-00	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	S	03/11/21	[Assinatura]
2-00	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	03/11/21	[Assinatura]
3-00	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	S	03/11/21	[Assinatura]
4-00	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	MV	1	88,00	0,00	0,00	S	22/11/21	[Assinatura]
5-00	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	IV	1	88,00	0,00	0,00	S	22/11/21	[Assinatura]
6-00	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	31	DV	1	88,00	0,00	0,00	S	22/11/21	[Assinatura]
7-00	01851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	41	DVL	1	22,00	0,00	0,00	S	14/12/21	[Assinatura]
8-00	01851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	42	MDV	1	22,00	0,00	0,00	S	14/12/21	[Assinatura]
9-00	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	43	DV	1	88,00	0,00	0,00	S	14/12/21	[Assinatura]
10-00	01851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	ODV	1	22,00	0,00	0,00	S	20/12/21	[Assinatura]
11-00	01851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	ODV	1	22,00	0,00	0,00	S	28/12/21	[Assinatura]
12-00	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	28/12/21	[Assinatura]
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1 Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1 1 3 8 0 0

47-Valor Total R\$

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
28/11/21 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/11/21 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/11/21 [Assinatura]

53-Data, local e Assinatura da Empresa
28/11/21 [Assinatura]

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/11/21 [Assinatura]

55-Data, local e Assinatura da Empresa
28/11/21 [Assinatura]

