

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 2 1 0 2 1 2 2 2	4-Data de Autorização 2 4 1 0 2 1 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9613341	7-Data Validade da Senha 2 3 1 0 5 1 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

886330
INTERCÂMBIO

Datos de Beneficiario	
-----------------------	--

8-Número da Carteira 10020252656820029101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão N
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	-----------------------

11- Nome GERSON ENEIAS ZANIVAN		13- Data de nascimento 28/09/1983
14- Telefone () -		15- Nome do titular do plano GERSON ENEIAS ZANIVAN

Declaro de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	18-Número no CRO 7397	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Estatuário Emprego
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 6 3 6 5 2 7 1 7 2	22-Nome do Contratado Executante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	23-Número no CRO 7397	24-UF SC	25-Código CNES
--	---	---------------------------------	--------------------	----------------

28-Nome do Profissional Exercitante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	7397	SC	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faço	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data
1-10.0.0.0.1	8.1.0.0.0.0.0.3.0.1	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		3.40.0.0.	0.0.0.0.		

[illegible][illegible][illegible][illegible]

12

[illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento / / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Quantidade US\$, .
	47-Valor Total R\$,00

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 referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Moda Shimoya Juniors

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/4/11 02/11/22	12/4/11 02/11/22	12/4/11 02/11/22	12/4/11 02/11/22

--	--	--	--

