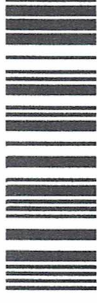


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

472876
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 0 / 0 5 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
8281636

5-Senha AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 5 / 0 2 / 1 2 1

3-Data de Emissão da Guia
0 9 / 0 2 / 1 2 1

1-Registro ANS
406414

Deitos do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 2 6 5 6 8 2 0 0 2 8 0 4

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira
1 1 / 1 1 / 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

TATIANE PROENÇA

14-Telefone
() 1 1 1 1 1 1 1 1

15-Nome do titular do plano
ADILSON JOSE DA SILVA

Deitos do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

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
19 6 3 6 5 2 7 7 1 7 2

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

30-Envio - RX
(I) 85100200
(I) 85100200
(I) 85100218
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1	0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	8 18 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	10/11/2013	Tatiane
2	0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DP	1	8 18 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	10/11/2013	Tatiane
3	0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	8 18 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	10/11/2013	Tatiane
4	0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	8 18 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	10/11/2013	Tatiane
5	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 16	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	10/11/2013	Tatiane
6	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 16	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	10/11/2013	Tatiane
7	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 16	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	10/11/2013	Tatiane
8	0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOD	1	1 2 2 10 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	10/11/2013	Tatiane
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento
1 1 / 1 1 / 1 1

44-Tipo de Atendimento
1 1 - Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

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

46-Total Quantidade US
1 6 5 7 1 0 1 0

47-Valor Total R\$
1 0 1 0 1 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1 1 1 1 1 1

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
13/01/10 14/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/01/10 14/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/01/10 14/12/11

53-Data, local e Contributo da Empresa
13/01/10 14/12/11

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
13/01/10 14/12/11