

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

624113
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2027 12:11	4-Data de Autorização 11/05/2027 12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8827394	7-Data Validade da Senha 11/07/2027 12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202025265682000478001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

JEAN MORAIS

13-Nome JEAN MORAIS	14-Telefone () 11 11 11 11 11 11	15-Nome do titular do plano JEAN MORAIS
------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Contratado 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 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1916361527771712	22-Nome do Contratado Executante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	23-Número no CRO 7397	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX
---	--	--------------------------	-------------	-------------------------------

26-Nome do Profissional Executante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR	27-Número no CRO 7397	28-UF SC	29-Código CBO S	(I) 85100226 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200
--	--------------------------	-------------	-----------------	--

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Facc	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
--	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-00018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	16	1100	01100	01100	S	11/11/11	Handy
2-00018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	16	1100	01100	01100	S	11/11/11	Handy
3-00018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	16	1100	01100	01100	S	11/11/11	Handy
4-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DO	1	8	1100	01100	01100	S	11/11/11	Handy
5-0001851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MOV	1	1	1212	1100	01100	S	11/11/11	Handy
6-0001851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	1	1212	1100	01100	S	11/11/11	Handy
7-0001851100216	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MODV	1	1	1212	1100	01100	S	11/11/11	Handy
8-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8	1100	01100	01100	S	11/11/11	Handy
9-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8	1100	01100	01100	S	11/11/11	Handy
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	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 813100	47-Valor Total R\$ 01100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 01100
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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/foram 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 11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11/11	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/11
--	--	--	---	--