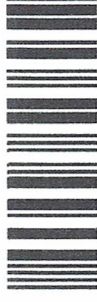


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

380949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 09/12/10	4-Data de Autorização 19/11/10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7894352	7-Data Validade da Sanha 12/1/12/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202568200015701	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
CLOVIS EVERALDO RIBEIRO

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CLOVIS EVERALDO RIBEIRO

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 916365277172	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-Tabela
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	---	--	--------------------------	-------------	----------------	--	--------------------------	-------------	-----------------	-----------

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 85100218

(I) 85100218

(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
2-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	VOD	1	1	22,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
3-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VOD	1	1	22,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
4-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VDP	1	1	22,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
5-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
6-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
7-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/11/10	Chavis
8-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/11/10	Chavis
9-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
10-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
11-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
12-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOV	1	1	22,00	0,00	0,00	0,00	11/11/10	Chavis
13-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	10/11/10	Chavis
14-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	10/11/10	Chavis
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1098,00	47-Valor Total R\$ 1098,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	-----------------------------------	-------------------------------	---

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 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 10/8/12/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/8/11/12/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/8/11/12/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/8/11/12/12/10
--	---	---	---

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