



377249
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 9/12/10	4-Data de Autorização 12/5/10 9/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7879880	7-Data Validade da Senha 11/6/11 12/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120252615682000128011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome VALDECIR CAMARGO	26/04/1972	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VALDECIR CAMARGO
-----------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aterramento 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 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 196365277172	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-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-0	01810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			25/10/20		
2-0	01853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			25/10/20		
3-0	01853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			25/10/20		
4-0	01853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	36,00	0,00			25/10/20		
5-0	01853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			25/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Frequência / Co-participação R\$							
1/1/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total	1178,00	0,00								

Doc/ano, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se 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 12/5/10 9/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/10 9/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/10 9/12/10	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/5/10 9/12/10	Dr. Franz Ikeda Shimoya Junior Cirurgião-Dentista CR0/SC-7397
--	--	--	---	---