



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 11/09/11 00/12/10 4-Dia de Autorização 12/31/11 00/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7970733 7-Dia Validade da Sanha 11/17/11 01/12/11

399025
 INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102152861381000011021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

VANDERLEI CAMARGO 17/10/1970 14-Telefone (149) 981119705 15-Nome do titular do plano VANDERLEI CAMARGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR 18-Número no CRO 7397 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218 (1) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9163652771721 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- Fricção	35- Qnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0-0	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			11/11/11	20	161
2-1-0	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00			11/05/11	20	161
3-1-0	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,00	0,00			11/05/11	20	161
4-1-0	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00			11/05/11	20	161
5-1-0	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00			11/05/11	20	161
6-1-0	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00			11/05/11	20	161
7-1-0	8511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	25	VOD	1	12,00	0,00			11/22/11	20	161
8-1-0	810100421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			11/30/11	20	161
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodonta 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 151021010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

. Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/12 11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12 11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12 11/20 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/12 11/20 Dr. Franz Ikeda Shimoya Jr. Cirurgião - Dentista CRO/SC - 7397

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



398646
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11/01/2101	4-Data de Autorização 12/13/11/01/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7969799	7-Data Validade da Senha 11/17/11/01/2111
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021521816131810101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
VANDERLEI CAMARGO

17/10/1970

14-Telefone
(1419) 1918111191710151

15-Nome do titular do plano
VANDERLEI CAMARGO

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 19161316151217171171211111	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-Data de Realização 11/14/11/12/11/2011
--	--------------------------	-------------	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glósa	42-Assinatura
1-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	11	61,00	0,00	0,00	11	14/11/21/2011		
2-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	11	61,00	0,00	0,00	11	14/11/21/2011		
3-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	11	61,00	0,00	0,00	11	14/11/21/2011		
4-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	11	61,00	0,00	0,00	11	14/11/21/2011		
5-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	11	61,00	0,00	0,00	11	14/11/21/2011		
6-0101	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VP	11	88,00	0,00	0,00	11	03/11/21/2011		
7-0101	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VP	11	88,00	0,00	0,00	11	03/11/21/2011		
8-0101	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VP	11	88,00	0,00	0,00	11	03/11/21/2011		
9-0101	8511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VOD	11	1212,00	0,00	0,00	11	14/11/21/2011		
10-0101	8110104211	RX PERIAPICAL			11	14,00	0,00	0,00	11	14/11/21/2011		
11-0101												
12-0101												
13-0101												
14-0101												
15-0101												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 171051010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010
--	--	--	-------------------------------------	------------------------------	---

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) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/21/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/21/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11/21/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/21/2011
---	---	---	---

Dr. Franz Ikeda Shimoya -

Cirurgião - Dentista
CRO/SC - 7397