



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/21	4-Data de Autorização 11/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9394028	7-Data Validade da Senha 11/11/21	8-13799 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	------------------------

8-Número da Carteira 10102021656820059001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JONATHAN WILLIAM KEHRWALDT SUBTIL	08/09/1999	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JONATHAN WILLIAM KEHRWALDT SUBTIL
--	------------	------------------------------	--

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

16-Agendamento 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-Faturar Empresa Enviar - RX	22-Código CNES (I) 85100218 (I) 85100226	23-Número no CRO 7397	24-UF SC	25-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------	-------------	---

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor	42-Assinatura
1-010	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	ODL	1	1,210,00				11/11/21		
2-010	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	ODP	1	1,210,00				11/11/21		
3-010	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	ODV	1	1,210,00				11/11/21		
4-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	810,00				11/11/21		
5-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	810,00				11/11/21		
6-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MO	1	810,00				11/11/21		
7-010	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOVL	1	1,210,00				11/11/21		
8-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	810,00				11/11/21		
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1840,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	---

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 11/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável Dr. Franz Ikeda Shimoya Junior Cirurgião - Dentista CRO/SC - 7397	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Jonathan W. Kherwaldt Jonathan W. Kherwaldt	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/21	Dr. Franz Ikeda Shimoya Junior Cirurgião - Dentista CRO/SC - 7397
---	---	---	--	---

