



789698
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 22/11/2017 4-Data de Autuação 23/11/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9319268 7-Data Validade da Senha 21/01/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202526568200041005 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NOELI GERBER 01/09/1972 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ALVARO PAOLO DIAZ ROUAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a FN 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 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				CONSULTA ODONTOLÓGICA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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

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