

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2º Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/09 12 12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10428059	7-Data Validade da Senha 12/9/11 12 12	1167876 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-----------------------	--	---	------------------------

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 100120125215261820006180011	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	15-Nome do titular do plano KEVINS JOSE LOPEZ BUENO
13-Nome KEVINS JOSE LOPEZ BUENO	14-Telefone ()	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

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 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1916361521717172	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-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36100	0	0	0	0	0	09/12	Keinslopez
2-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36100	0	0	0	0	0	09/12	Keinslopez
3-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36100	0	0	0	0	0	09/12	Keinslopez
4-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36100	0	0	0	0	0	09/12	Keinslopez
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 114100	47-Valor Total R\$ 0,00	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 13/01/09 12 12 Franz Ikeda Shimoya Junior Cirurgião - Dentista CRM/SC - 7397	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/09 12 12 Keinslopez Cirurgião - Dentista CRM/SC - 7397	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/09 12 12 Dr. Franz Ikeda Shimoya Junior Cirurgião - Dentista CRM/SC - 7397
--	--	--