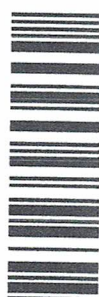


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



561596
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/14/2015 4-Data de Autorização 12/14/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8622215 7-Data Validade da Senha 12/21/08/21

8-Número da Carteira 0002002526820025502 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12/14/21

13-Nome JESSICA LAISE CRIST CORDEIRO 24/10/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO DA SILVA DOS SANTOS 16-Data Validade do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR 17-Nome do Profissional Solicitante N 18-Número no CRO 7397 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 916365277172 22-Nome do Contratado Executante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR 23-Número no CRO 7397 24-UF SC 25-Código CNES (1) 85100200 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR 27-Número no CRO 7397 28-UF SC 29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	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-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45 OV	1	8,80	0,00	0,00	0,00	10/17/21		
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35 OD	1	8,80	0,00	0,00	0,00	10/16/21		
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37 VD	1	8,80	0,00	0,00	0,00	10/16/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 14-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 264,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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 10/21/013/11/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/21/015/11/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/21/013/11/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/21/013/11/21 Dr. FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR Cirurgião - Dentista CRO/SC 1397