

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



690506
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 02/09/2011	4-Data de Autorização 18/09/2011	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9018687	7-Data Validade da Sineta 01/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020215265682000054021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

GUILHERME BRANDT MORO

14-Telefone

() -

15-Nome do titular do plano
CLAUDEMIR MORO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

196365277172

26-Nome do Profissional Executante

FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

22-Nome do Contratado Executante

FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

18-Número no CRO

7397

20-Código CBO S

7397

24-UF

SC

25-Código CNES

7397

28-UF

SC

29-Código CBO S

7397

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 do Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	24/09/2011	Guilherme B.
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	24/09/2011	Guilherme B.
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	24/09/2011	Guilherme B.
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	24/09/2011	Guilherme B.
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	24/09/2011	Guilherme B.
6-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	24/09/2011	Guilherme B.
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

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 266,00	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(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

24/11/09/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

24/11/09/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

24/11/09/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa

24/11/09/2011

Dr. Franz Ikeda Shimoya Junior

24/11/09/2011

Cirurgião - Dentista

CRO/SC - 7397

