

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

761000
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/06/2011/21/21

6-Número da Guia Principal
9231252

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/04/11/11/21/21

3-Data de Emissão da Guia
12/08/11/10/11/21/21

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10/02/02/02/568200059001

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

12/06/2011/21/21

13-Nome

JONATHAN WILLIAM KEHRWALDT SUBTIL

08/09/1999

14-Telefone

(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano

JONATHAN WILLIAM KEHRWALDT SUBTIL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

22-Nome do Contratado Executante

FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

18-Número no CRO

7397

19-UF

SC

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

24-UF

SC

25-Código CNES

7397

26-UF

SC

29-Código CBO S

7397

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1916365277171721

23-Número no CRO

7397

24-UF

SC

25-Código CNES

7397

26-UF

SC

29-Código CBO S

7397

28-Nome do Profissional Executante

FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

33-Quantidade US

1

34-Faco

36

35-Qtd

0

36-Quantidade US

0

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

0,00

39-Aut

05/11/21

40-Data de Realização

05/11/21

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

43-Descrição

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

44-Tipo de Atendimento

1-Total 2-Parcial

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

14,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

49-Observação

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella

31-Código do Procedimento

1-00185300047

32-Descrição

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33-Quantidade US

1

34-Faco

36

35-Qtd

0

36-Quantidade US

0

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

0,00

39-Aut

05/11/21

40-Data de Realização

05/11/21

41-Motivo da Glosa

05/11/21

42-Assinatura

FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

43-Descrição

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

44-Tipo de Atendimento

1-Total 2-Parcial

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

14,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

10/05/11/11/21/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/05/11/11/21/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/05/11/11/21/21

53-Data, local e Assinatura 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.

10/05/11/11/21/21

54-Data, local e Assinatura 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.

10/05/11/11/21/21

55-Data, local e Assinatura 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.

10/05/11/11/21/21

56-Data, local e Assinatura 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.

10/05/11/11/21/21

57-Data, local e Assinatura 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.

10/05/11/11/21/21

58-Data, local e Assinatura 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.

10/05/11/11/21/21

59-Data, local e Assinatura 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.

10/05/11/11/21/21

60-Data, local e Assinatura 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.

10/05/11/11/21/21

