

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/11/03/12/21

4-Data de Autorização
12/11/03/12/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9667607

7-Data Validade da Senha
09/10/16/12/21

8-Número da Carteira
000202526568200031803

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

13-Nome
PRISCILA REFATTI WEBER DOS SANTOS

14-Telefone
(11) 1111111111

15-Nome do titular do plano
JOHNATAN WILLIAN WEBER DOS SANTOS

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
196365277172

22-Nome do Contratado / Executante
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

26-Nome do Profissional Executante
FRANZ IKEDA SHIMOYA JUNIOR

27-Número no CRO
7397

20-Código CBO S
7397

24-UF
SC

25-Código CNES
7397

28-UF
SC

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Faco

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glor

42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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), 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
04/11/04/12/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/11/04/12/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/11/04/12/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa
04/11/04/12/21

