



307352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/14/20	4-Data de Autorização 20/10/14/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7519327	7-Data Validade da Senha 19/10/17/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202527058000008802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOAO VICTOR DE LIMA WENDLING			14-Telefone (54) 21097000	15-Nome do titular do plano RONALDO WENDLING		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE COLOMBO FERRONATO	18-Número no CRO 13399	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 63896230034		22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE COLOMBO FERRONATO		23-Número no CRO 13399	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE COLOMBO FERRONATO		27-Número no CRO 13399		28-UF RS	29-Código CBO S	

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/04/20		<i>[Signature]</i>
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	23/04/20		<i>[Signature]</i>
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 23/10/14/20 Cristiane B.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/14/20 Cristiane B.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/14/20 <i>[Signature]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Ferronato

Ferronato