



308962
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/10/4/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10/4/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7534005	7-Data Validade da Senha 12/7/10/7/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527058000012204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LEANDRO MATTANA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SIMONE BISOL MATTANA
----------------------------	----------------------	---

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
---	---------------------------	-------------	-----------------

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 de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			13/10/10/4/12/0		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			13/10/10/4/12/0		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			13/10/10/4/12/0		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			13/10/10/4/12/0		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 140,00	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 13/10/10/4/12/0 Cristiane b.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/10/4/12/0 Cristiane b.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/10/4/12/0 Leandro Mattana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

Ferronato

Ferronato