



312499
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/15	4-Data de Autorização 12/10/15	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7557285	7-Data Validade da Senha 10/10/18
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202527058000014603		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA LAZZARI DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZA LAZZARI BORGES		

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			19/10/15		
2												
3												
4												
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 34,00	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 19/10/15 Cristiane Colombo Ferronato	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/15 Cristiane Colombo Ferronato	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 19/10/15 Luana Lazzari	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Colombo Ferronato

Colombo Ferronato