



309953
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 05/12/0	4-Data de Autorização 10/04/10 05/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7539386	7-Data Validade da Senha 10/02/10 08/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020252705800010303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA RAMOS LOPES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS MACHADO ESCOBAR	

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
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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMP	1	122,00	0,00			10/04/10 05/12/0		Ramos
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 122,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 10/04/10 05/12/0 Cristiane Colombo Ferronato	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/04/10 05/12/0 Cristiane Colombo Ferronato	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/10 05/12/0 Priscila R. Lopes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--