



293154
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 2-1/2 10 4-Data de Autorização 10/4/10 3-1/2 10 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7436683 7-Data Validade da Serinha 12/7/10 15/1/2 10

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 7 0 5 8 0 0 0 0 6 8 0 3 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome GUILHERME HENRIQUE MANCHINI 30/06/2006 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano EDSON MANCHINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

21-Código na Operadora / CNPJ CPF 9 2 7 1 9 0 7 4 0 0 4 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

27-Número no CRO 10449

28-UF RS 29-Código CBO S

23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000480

20-Código CBO S 09 25 -

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
1-0	0	8 1 0 0 0 4 8 0			1	1 0 3 1 0 0	4 7, 3 8			10/03/20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 04/03/20 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 1 0 3 1 0 0 47-Valor Total R\$ 4 7, 3 8 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(ram) 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: Radiografias o guarnimento e desamarramento da mandíbula e mandíbula

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/03/20 Edson Manchini 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/03/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/03/20 X Edson Manchini 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Edson Manchini D. Dentin

293134
INTERCÂMBIO

12. Niimaro do Cartão Nacional de Saúde[illegible]13-Nome do titular do planoRN15LA- Códig
1

F

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

— | —

T

L L

to pneumonia - water