



307034
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 4 / 2 0	4-Data de Autorização 1 7 / 0 4 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7517308	7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 7 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

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

13-Nome VYTOR LOPES ESCOBAR	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS MACHADO ESCOBAR
--------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 13399	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE COLOMBO FERRONATO	23-Número no CRO 13399	24-UF RS	25-Código CNES
--------------------------	--	---------------------------	-------------	----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6 3 8 9 6 2 3 0 0 3 4	22-Nome do Contratado 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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	2 3 / 0 4 / 2 0		Lucas Mach
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0 0 0		S	2 3 / 0 4 / 2 0		Lucas Mach
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0 0 0		S	2 3 / 0 4 / 2 0		Lucas Mach
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	2 3 / 0 4 / 2 0		Lucas Mach
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	2 3 / 0 4 / 2 0		Lucas Mach
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 1 7 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 2 3 / 0 4 / 2 0 Cristiane B. Ferronato	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2 3 / 0 4 / 2 0 Cristiane B. Ferronato	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2 3 / 0 4 / 2 0 Lucas Mach	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--