



318185
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 5/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10 5/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157273	7-Data Validade da Senha 12/7/10 8/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000374452000034005	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COLEGIO ZACCARIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707607225808695
13-Nome EDILUCIA DA SILVA PADILHA		14-Telefone 26/06/1971	15-Nome do titular do plano EDILUCIA DA SILVA PADILHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO	18-Número no CRO 19601	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10164392882	22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO	23-Número no CRO 19601	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 8520085-27
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO		27-Número no CRO 19601	28-UF RJ	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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	29/10/2010		
2-	0085200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	27		1	50,00	0,00		S	29/10/2010		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/9/10 5/12/0	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 84,00	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 Dra. Rejane Muniz + 0: Acesso + Medicação + Curativo + Manutenção Oclus.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/9/10 5/12/0 Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRO/RJ 19601	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/10 5/12/0 Dra. Rejane Muniz Cirurgiã Dentista / Implantista CRO/RJ 38.637	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/10 5/12/0	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/9/10 5/12/0
--	---	---	---

PONTO DE CONTATO CLINICA DENTÁRIA LTDA.