



313045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/05/20	4-Data de Autorização 13/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156781	7-Data Validade da Senha 11/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994062735109		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONDOMINIO VIA BAR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705209410566073
13-Nome FLAVIA DA HORA DA SILVA		29/01/1980		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FLAVIA DA HORA DA SILVA		

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			
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO		27-Número no CRO 19601		28-UF RJ		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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	36	OM	1	34,00	0,00			13/05/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/05/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-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 Curativo 36		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/20 Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRO-RJ 19601		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/20 Dr. Rejane Muniz Cirurgiã Dentista / Implantação CRO-RJ 38.637		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/20 Flavia da Hora		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/05/20 Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRO-RJ 19601	
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--