



316518
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/05/20	4-Data de Autorização 25/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7588721	7-Data Validade da Senha 23/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUANA MARIA DA CUNHA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANA MARIA DA CUNHA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 19601		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO		23-Número no CRO 19601		24-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10164392882		22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO		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			1	34,00	23,00			25/05/20		
2	0085400475	REEMBAS DE COROA PROVIS	12		1	110,00	51,00			25/05/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/05/20	44-Tipo de Atendimento 4 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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 diag: Coroa provisória solta. tto: Colagem de material provisório.		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/05/20 Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRO-RJ 19601		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/20 Dra. Rejane Muniz Cirurgiã Dentista/Implanto CRO-RJ 38.637		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/05/20 Luana Maria da Cunha		53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/05/20 Ponto de Contato Clínica Odontológica	
--	--	---	--	---	--	--	--	---	--

Dr. Alarico Gandour Filho
Responsável Técnico
CRO-RJ 19601

PONTO DE CONTATO CLÍNICA ODONTOLÓGICA