



312685
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/15/12/0	4-Data de Autorização 12/10/15/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163003	7-Data Validade da Senha 10/10/8/12/0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0037000030888355		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705604452799418
13-Nome CARLA DO NASCIMENTO CANDIDO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLA DO NASCIMENTO CANDIDO	

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

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	37	0	1	34,00	0,00			12/05/20		Alarico
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/15/12/0	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 Cópia em 37	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/15/12/0 Dr. Alarico Gandour Filho CRO/RJ 19601	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/15/12/0 Dra. Rejane Muniz Cirurgiã Dentista / Implanto CRO/RJ 38.637	52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/15/12/0 Ponto de Contato Clínica Dentária LT
------------------------------	---	--	---