



315901
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2015	4-Data de Autorização 22/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156893	7-Data Validade da Senha 20/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0037000023348642		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701400626236230
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome ALESSANDRA RODRIGUES CAPUTO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA RODRIGUES CAPUTO
--	----------------------	--

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			1	34,00	0,00			22/10/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/2015	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 Pedido de R\$ + Encargamento Bucomexilo.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2015 Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRO-RJ 19601	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2015 Dra. Rejane Muniz Cirurgiã Dentista / Implantação CRO/RJ 30.637	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2015 Alessandra Rodrigues Caputo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2015
--	---	---	---

PONTO DE CONTATO CLÍNICA DENTÁRIA LTDA