



318475
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 0 / 5 1 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 1 0 / 5 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164602	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 0 / 8 1 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 1 6 0 9 8 2 3 7	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707005837023838
13-Nome ROBERTA DO NASCIMENTO MOREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBERTA DO NASCIMENTO MOREIRA	

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 1 0 1 6 4 3 9 2 8 8 2	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	0 0 8 1 0 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 0 0	0,00		S	3 0 / 1 0 5 / 1 2 0		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 3 0 / 1 0 5 / 2 0	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 3 4 0 0	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 Dica: Fratura do Elemento 21 Trat: Ex. Clín. + Fotop. + Confecção Resina Fotop. + Foto + orientações		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 3 0 / 1 0 5 / 2 0 Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRO-RJ 19601	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 3 0 / 1 0 5 / 2 0 Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRO-RJ 19601	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 3 0 / 1 0 5 / 1 2 0 Roberta Moreira 3 0 / 1 0 5 / 1 2 0