



314106
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/05/20	4-Data de Autorização 18/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163437	7-Data Validade da Senha 16/08/20
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLINICA E C O D ARMANDO A	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00379994064448018			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000027768702		
13-Nome JOELMA FERRAZ DA SILVA			14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano JOELMA FERRAZ DA SILVA	
26/06/1983					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 19601	19-UF RJ	20-Código CBO S
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO		801 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10164392882			23-Número no CRO 19601	24-UF RJ	25-Código CNES
22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO			27-Número no CRO 19601	28-UF RJ	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO					

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
1-00	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			18/05/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/05/20	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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/20	
Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRM-RJ 19601		Dr. Rejane Muniz Cirurgiã Dentista CRM-RJ 19637		Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRM-RJ 19601	

CLINICA DE CONTATO CLINICA DENTÁRIA LTDA