



316419
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2012	4-Data de Autorização 12/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163945	7-Data Validade da Senha 12/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa 01 ADMINISTRACAO		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703604040216036
8-Número da Carteira 00370000031338537	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SANDRO LUCAS DA SILVA	
13-Nome SANDRO LUCAS DA SILVA		26/04/1977			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 19601	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO	23-Número no CRO 19601	24-UF RJ	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10164392882	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	00810000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	11		1	34,00	0,00			25/05/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/05/2012	44-Tipo de Atendimento 14 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 Diagnóstico: Paciente relata ter perdido "uma pedra". Aparece ressecadura vestibular. tto: Encaminhamento Rx + proteses.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2012 Dr. Alarico Gandour Filho Responsável Técnico CRO-RJ 19601	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2012 Dra. Rejane Muniz Cirurgiã Dentista / Implante CRO/RJ 30.637	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 12/05/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2012 PUNTO DE CONTATO CLINICA DENTARIA LTDA
--	--	--	--	--