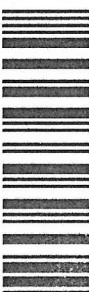


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



6K

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 9/12/10	4-Data de Autorização 12/14/10 9/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194244	7-Data Validade da Senha 12/13/11 12/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

382846
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000370000031849574	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 702707157640060
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome REGINA PEIGAS ROQUE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano REGINA PEIGAS ROQUE
--------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO	18-Número no CRCO 19601	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10164392882	22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO	23-Número no CRCO 19601	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 8520085-46

26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO	27-Número no CRCO 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-Clid	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	134,00	0,00			24/09/20		
2-00	85200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	46		1	50,00	0,00			24/09/20		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Prazo do Tratamento 24/09/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 84,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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
0145: Paciente Excluído (46) TPD: Exame clínico, foto, restauração temporária, foto, observação.

50-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/09/20 Dr. Alarico Gandour Filho	51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 24/09/20 Dr. Alarico Gandour Filho	52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20 Regina Peigas Roque	53-Dia local e Carimbo da Empresa 24/09/20
---	--	---	---

Responsável Técnico
CRO/RJ 19301

PONTO DE CONTATO CLÍNICA DENTÁRIA LTDA.

foto e aut