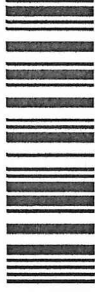


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

378056
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2019	4-Data de Autorização 18/10/2019	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50192461	7-Data Validade da Sineta 17/11/2019
8-Número da Carteira 00379994063960203			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LIDER INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708200648848742			13-Data Validade da Carteira 11/11/11		
14-Telefone ()			15-Nome do titular do plano MONICA REGINA ALVES DA SILVA D		
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			21-UF RJ		
22-Número no CRO 19601			23-UF RJ		
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		
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		
43-Data Previsão Término do Tratamento 18/10/2019			44-Tipo de Atendimento		
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial			46-Total Quantidade US		
47-Valor Total R\$			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 Dra. CAVIARRE EXPASA 01/11/2019: EXAME CLÍNICO + FOTO + RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA + FOTO + ORIENTAÇÃO.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2019, Dr. Alarico Gandour Filho	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2019, Dra. Rejane Muniz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2019, Rm. Paulo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2019
--	--	--	--	---

6000 488

PONTO DE CONTATO CLÍNICA DENTARIAL DA