



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



346463
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179316	7-Data Validade da Sentença 25/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CARLOS HENRIQUE PA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709809041869191
8-Número da Carteira 003700000286272051		13-Nome ALESSANDRA LEAL FRIAS GOMES			
14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Titular do plano CARLOS HENRIQUE PAULINO BARBOZ			

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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101643912882		22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO		23-Número no CRO 19601	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO		27-Número no CRO 19601		28-UF RJ		29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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-Justificativa
30-Tabella	31-01000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	42	1	1	3,40	0,00	0,00	52	27/10/2012		
1-												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total	3,40	0,00								

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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. Declino, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fôro(m) 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 ficar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Operação
Data: 27/10/2012
Assinatura: [assinatura]

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
27/10/2012
Dr. Alarico Gandour Filho
Responsável Técnico
CRORJ 19601

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
27/10/2012
Dra. Rejane Muniz
Cirurgiã Dentista-Operante
CRORJ 38.537

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
27/10/2012
Alessandra Leal Frias Gomes
Beneficiária
CRORJ 38.537

53-Data local e Carimbo da Empresa
27/10/2012
[carimbo]

completo - foto all I/F



333722

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 4-Data de Autorização 10/3/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50174219 7-Data Validade da Senha 10/1/11 10/1/20

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10/03/79 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SANTA CABRINI LOCA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ELAINE LA MARCA DE CASTRO 16/01/1981 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS DE CASTRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10101643912882 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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00	0,00		10/3/10	31/10/2010	X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Fim do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
10/3/10 11/2/10		☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		☐ 1-Total 2-Parcial		34,00		10,00				
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 e contratuais. 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.												
Ass: <u>Francinete</u> <u>Pro: Exce</u> <u>Cláudio + esposa Cláudio</u>												
Ass: <u>Cláudio</u>												

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.

48-Observação: Paciente em tratamento de ortodontia. 49-Assinatura do Beneficiário / Responsável: Elaine La Marca de Castro. 50-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: Dr. Alarico Gandour Filho. 51-Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dr. Alarico Gandour Filho. 52-Assinatura do Beneficiário / Responsável: Antonio Carlos de Castro. 53-Assinatura e Carimbo da Empresa: Odontolife.

foto R\$11,16

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



334813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/17 12:01	4-Data de Autenticação 06/10/17 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174643	7-Data Validade da Senha 04/11/2017
8-Número da Carteira 0037000026826901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS AUD	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706007332364240
13-Nome SUELEM SOARES ROCHA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ROSANA SOARES	
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 09/02/1982					
17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO		18-Número no CRO 19601		19-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10164392882		22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO		23-Número no CRO 19601	
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO		27-Número no CRO 19601		28-UF RJ	
29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Código CBO S	
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE					
33-Dentier/Região 1					
34-Face 1					
35-Clid 34100					
36-Quantidade US 0,00					
37-Valor 5106,07					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut 5106,07					
40-Data de Realização 06/10/17					
41-Motivo da Glosa X					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/17					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial					
46-Totál Quantidade US 34,00					
47-Valor Totál R\$ 0,00					
48-Totál Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação Dica: Paciente com fratura face lingual, cusplido distal, fratura face lingual de + Root, Temp + foto + orientação					
50-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista Solicitante 06/10/17 DR. ALARICO GANDOUR FILHO					
51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista Dentista 06/10/17 ALARICO GANDOUR FILHO					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/17 ROSANA SOARES					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/17					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

336540
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 7/12/0 4-Data de Autorização 1/1/1/1/1 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 336540 7-Data Validade da Senha 10/06/11 10/12/0 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 10/02/02/5/2/0/5/2/8/9/0/0/0/5/7/0/2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA 11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1 12-Nome do titular do plano SUZANE DA SILVA SA CAPELLA

13-Nome ANDERSON CAPELLA CARVALHO 13/03/1983 14-Telefone (11) 15-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011643928182 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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	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	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	1	134,00	0,00		10/07/10		
2-0	0	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-			1	1	8,00	0,00		10/07/10		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
10/07/10	1-1-Tipos de Atendimento	1-Total 2-Parcial	142,00	10,00								

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-Observações: Pac. abster-se de qualquer ingestão de alimentos por 1 hora após a cirurgia. Dr. Alexandre Muniz

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 10/07/10, Rio de Janeiro, Alexandre Muniz, Cirurgião Dentista/Implantista, CRO/RJ 38.637

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/07/10, Rio de Janeiro, Suzane da Silva, Responsável, CRO/RJ 38.637

52-Data, local e Assinatura da Empresa: 10/07/10, Rio de Janeiro, Ponto de Contato Clínica Odontológica, CRO/RJ 38.637

53-Data, local e Assinatura da Empresa: 10/07/10, Rio de Janeiro, Ponto de Contato Clínica Odontológica, CRO/RJ 38.637

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



338429
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/10 17/12/01	4-Data de Autorização 11/13/10 17/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176163	7-Data Validade da Senha 11/11/10 17/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 100379994062970817	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/10 17/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700006014755807
--	--------------------------------	---	---	--

13-Nome RAYANE CABRAL DE CARVALHO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano RAYANE CABRAL DE CARVALHO
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 19601	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO	23-Número no CRO 19601	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110164392882	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	33-Dente/Região 34-Face 35-Classe 36-Quantidade US 37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut 40-Data de Realização	41-Molho da Gesso 42-Assinatura
---	---	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Gesso	42-Assinatura
--	--------------	-----------------	---------	-----------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-------------------	---------------

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/13/10 17/12/01	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 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

49-Observação Paciente com exame radiológico + tratamento + plano + enc. Exodontia	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/13/10 17/12/01 Responsável Técnico CRO/RJ 19001	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/13/10 17/12/01 Cirurgião-Dentista/Implante CRO/RJ 30.637	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/13/10 17/12/01 Responsável Beneficiário	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/13/10 17/12/01
---	---	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339978

INTERCAMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

11/05/2017

4-Data de Autorização

11/05/2017

5-Senha

PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal

339978

7-Data Validade da Senha

11/03/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0002025308258000000102

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/05/2017

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

1131101201

13-Nome

WALMIR SOARES VALE JUNIOR

10/11/1984

14-Telefone

(11) 89491853

15-Nome do Titular do plano

JORGE SOARES VALE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

ALARICO GANDOUR FILHO

17-Nome do Profissional Solicitante

ALARICO GANDOUR FILHO

18-Número no CRO

19601

19-UF

RJ

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10164392882

22-Nome do Contratado Executante

ALARICO GANDOUR FILHO

23-Número no CRO

19601

24-UF

RJ

25-Código CNES

19601

26-Nome do Profissional Executante

ALARICO GANDOUR FILHO

27-Número no CRO

19601

28-UF

RJ

29-Código CBO S

025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dentur/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

1-1-Tratamento Odontológico

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) 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.

Ass: Walperlowice

Ass: Jussara

Ass: Grazi Cláudio + Acervo + Amigos + Neteles + Dr. André

Ass: Jussara

Ass: Jussara

Ass: Jussara

Ass: Jussara

Ass: Jussara

Ass: Jussara

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/05/2017, RJ, Dr. Alarico Gandour Filho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2017, RJ, Jussara

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/05/2017, RJ, Dr. Alarico Gandour Filho

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/05/2017, RJ, Dr. Alarico Gandour Filho

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/05/2017, RJ, Dr. Alarico Gandour Filho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2017, RJ, Jussara

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/05/2017, RJ, Dr. Alarico Gandour Filho

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/05/2017, RJ, Dr. Alarico Gandour Filho

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/05/2017, RJ, Dr. Alarico Gandour Filho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

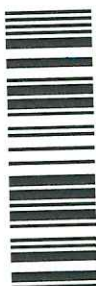
11/05/2017, RJ, Jussara

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/05/2017, RJ, Dr. Alarico Gandour Filho

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/05/2017, RJ, Dr. Alarico Gandour Filho

2-N^o340312
INTERCÂMBIO

WILLIAMSON COUNTY, OHIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



335966
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/08/2017 12:01		4-Data de Autorização 10/08/2017 12:01		5-Serinha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50175127		7-Data Validade da Serinha 10/06/2017 12:01																																																																																																																																																																																																																	
Dados do Beneficiário				8-Número da Carteira 100379994059569503				9-Plano POS REDE PRESTADORA																																																																																																																																																																																																																			
13-Nome NAIR CAROLINE CAVALCANTI DE ME				30/10/1977				10-Empresa VELOC! LOCADORA DE																																																																																																																																																																																																																			
14-Teléfono ()				15-Nome do titular do plano DANIEL GUADAGNIN BITTENCOURT				12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701003800274798																																																																																																																																																																																																																			
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento						18-Número no CRO 19601																																																																																																																																																																																																																					
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO																																																																																																																																																																																																																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101164392882						22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO																																																																																																																																																																																																																					
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO						27-Número no CRO 19601																																																																																																																																																																																																																					
28-UF RJ						29-Código CBO S																																																																																																																																																																																																																					
30-Franchisa/Co-participação R\$						37-Valor 801 -																																																																																																																																																																																																																					
38-Franchisa/Co-participação R\$						39-Aut 40-Data de Realização																																																																																																																																																																																																																					
41-Motivo da Glosa						42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dentista/Região</th> <th>34-Franchise</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franchisa/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Glosa</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-0</td> <td>0181000057</td> <td>CONSULTA ODONTOLÓGICA DE</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>134,00</td> <td>10,00</td> <td></td> <td></td> <td>10/08/2017</td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr><td>2-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>												30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Franchise	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	1-0	0181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	134,00	10,00			10/08/2017		X	2-													3-													4-													5-													6-													7-													8-													9-													10-													11-													12-													13-													14-													15-												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Franchise	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																															
1-0	0181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	134,00	10,00			10/08/2017		X																																																																																																																																																																																																															
2-																																																																																																																																																																																																																											
3-																																																																																																																																																																																																																											
4-																																																																																																																																																																																																																											
5-																																																																																																																																																																																																																											
6-																																																																																																																																																																																																																											
7-																																																																																																																																																																																																																											
8-																																																																																																																																																																																																																											
9-																																																																																																																																																																																																																											
10-																																																																																																																																																																																																																											
11-																																																																																																																																																																																																																											
12-																																																																																																																																																																																																																											
13-																																																																																																																																																																																																																											
14-																																																																																																																																																																																																																											
15-																																																																																																																																																																																																																											
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/01/2017				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 134,00				47-Valor Total R\$ 0,00				48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00																																																																																																																																																																																																																			

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 pagar em 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
 Data: 10/08/2017
 Dr. Felipe Jovianelli
 Dr. Renato Mouton
 Dr. Lucas Bitencourt
 Dr. Lucas Bitencourt

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 10/08/2017
 CRD RJ 19601

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 10/08/2017
 CRD RJ 19601

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 10/08/2017
 CRD RJ 19601

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 10/08/2017

PONTO DE CONTATO CLINICA DENTARIA LTDA
 6056 490

2-Nitro



34.3400

INTERCĂMBIO

0000-0001-9786-400X

41- Motivo da Glosa 42-Assin

2011

—

[illegible]

[illegible]

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

48-Total Franquia / Co-participação

istente e arcar com os custos

$$+ \lambda \left(\frac{1}{2} \right)$$

1000

INCIDENTAL

15th April