

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

372954  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
0 9 / 1 1 2 / 1 2 0

6-Número de Guia Principal  
50190463

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
1 0 / 0 9 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia  
1 0 / 0 9 / 1 2 0

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 3 7 0 0 0 0 0 0 0 8 9 9 7 5 7 0

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

P&G MONTAGENS DE F

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

898004846498958

13-Nome

VALENTIM JULIO SILVEIRA GDE SO

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

VALENTIM JULIO SILVEIRA GDE SO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

ALARICO GANDOUR FILHO

21-Código na Onetadora / CNPJ / CPF

11 0 1 1 6 4 3 9 2 8 8 2

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-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Oclusa 42-Atendimento

43-Dia 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\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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

DATA: Fatura 19/09/2019 11:30: EXAME CLÍNICO, FOTO, PERÍO DE ENDERTEIA, IMPLANTAÇÃO, ENCAMINHAMENTO EXO, IMPRESSÃO

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

19/09/2019 11:30 Dr. Alarico Gandour Filho

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

19/09/2019 11:30 Dra. Rejane Muniz

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

19/09/2019 11:30 Cirurgião Dentista / Implanto

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

19/09/2019 11:30 CRO/RJ 19301

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

19/09/2019 11:30 CRO/RJ 19301

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

19/09/2019 11:30 CRO/RJ 19301