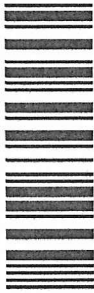


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

379990
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193176	7-Data Validade da Senha 20/11/2020
8-Número da Carteira 00379994065869190		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BEATRIZ DE OLIVEIRA	11-Data Validade da Carteira 00000115489007
13-Nome BEATRIZ DE OLIVEIRA RODRIGUES		14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano BEATRIZ DE OLIVEIRA RODRIGUES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO	18-Número no CRO 19601	19-UF RJ	20-Código CEO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101643921882		22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO	23-Número no CRO 19601	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO		27-Número no CRO 19601	28-UF RJ	29-Código CEO S	(I) 85200085-26

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
1-01081000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00				21/09/2019	
2-10108100005		REST TEMP TRAT EXPECTANTE	26		1	50,00				21/09/2019	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/2019	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 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, 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 DAG: CAVIAGE exposta // TPO: EXAME CÍLICO + FOTO + RESINA VASCO TEMPORÁRIA + FOTO + OMBRELA.	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2019 Dr. Alarico Gandour Filho	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2019 Dra. Rejane Muniz
Responsável Técnico CRA-RJ 19601	Responsável Implante CRA-RJ 30.587
53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/10/2019 Beatriz Rodrigues	

6.6.88P

POUNTO DE CONTATO CLÍNICA DENTÁRIA LTDA