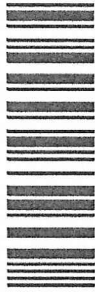


2-Nº

368938
INTERC

1-Registro ANS
406414

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

4-Data de Autorização
0 2 / 0 9 / 2 0

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50188918

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

8-Número da Carteira
0 0 3 7 0 0 0 0 2 5 2 9 4 4 8 5

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

13-Nome
HELIO GAUTAMA ARAGAO BARBOSA DE OLIVEIRA

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
HELIO GAUTAMA ARAGAO BARBOSA DE OLIVEIRA

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-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 1 0 1 6 4 3 9 2 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-Old

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
02/09/20

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
3 4 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação
Diag: Cavidade Exposta // TPD: Exame clínico + For + Periapical + For + Orientação. (36)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
02/09/20 Dr. Alarico Gandour Filho
Responsável Técnico
CRO/RJ 19601

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
02/09/20 Dra. Rejane Muniz
Cirurgiã Dentista / Implantista
CRO/RJ 38.537

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/09/20 Helio Gautama Aragao Barbosa de Oliveira

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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.

PONTO DE CONTATO CLÍNICA DENTÁRIA LTDA