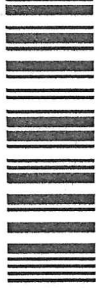


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

383492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/2019		4-Data de Autorização 12/05/2019		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 383492		7-Data Validade da Senha 12/04/2020	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 003700000031680731		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SILVANA D SILVEIRINHA CORREA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome SILVANA DIONIZIO SILVEIRINHA CORREA	
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 11011643921882	
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-Nome do Profissional Executante		29-Código CBO S		30-UF		31-Código CNES		32-UF		33-Código CNES	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-01018110000157		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		37		1		1		1	
2-0101815200034		TRATAMENTO EM		37		1		1		1	
3-1						1		1		1	
4-1						1		1		1	
5-1						1		1		1	
6-1						1		1		1	
7-1						1		1		1	
8-1						1		1		1	
9-1						1		1		1	
10-1						1		1		1	
11-1						1		1		1	
12-1						1		1		1	
13-1						1		1		1	
14-1						1		1		1	
15-1						1		1		1	
16-1						1		1		1	
17-1						1		1		1	
18-1						1		1		1	
19-1						1		1		1	
20-1						1		1		1	
21-1						1		1		1	
22-1						1		1		1	
23-1						1		1		1	
24-1						1		1		1	
25-1						1		1		1	
26-1						1		1		1	
27-1						1		1		1	
28-1						1		1		1	
29-1						1		1		1	
30-1						1		1		1	
31-1						1		1		1	
32-1						1		1		1	
33-1						1		1		1	
34-1						1		1		1	
35-1						1		1		1	
36-1						1		1		1	
37-1						1		1		1	
38-1						1		1		1	
39-1						1		1		1	
40-1						1		1		1	
41-1						1		1		1	
42-1						1		1		1	
43-1						1		1		1	
44-1						1		1		1	
45-1						1		1		1	
46-1						1		1		1	
47-1						1		1		1	
48-1						1		1		1	
49-1						1		1		1	
50-1						1		1		1	
51-1						1		1		1	
52-1						1		1		1	
53-1						1		1		1	
54-1						1		1		1	
55-1						1		1		1	
56-1						1		1		1	
57-1						1		1		1	
58-1						1		1		1	
59-1						1		1		1	
60-1						1		1		1	
61-1						1		1		1	
62-1						1		1		1	
63-1						1		1		1	
64-1						1		1		1	
65-1						1		1		1	
66-1						1		1		1	
67-1						1		1		1	
68-1						1		1		1	
69-1						1		1		1	
70-1						1		1		1	
71-1						1		1		1	
72-1						1		1		1	
73-1						1		1		1	
74-1						1		1		1	
75-1						1		1		1	
76-1						1		1		1	
77-1						1		1		1	
78-1						1		1		1	
79-1						1		1		1	
80-1						1		1		1	
81-1						1		1		1	
82-1						1		1		1	
83-1						1		1		1	
84-1						1		1		1	
85-1						1		1		1	
86-1						1		1		1	
87-1						1		1		1	
88-1						1		1		1	
89-1						1		1		1	
90-1						1		1		1	
91-1						1		1		1	
92-1						1		1		1	
93-1						1		1		1	
94-1						1		1		1	
95-1						1		1		1	
96-1						1		1		1	
97-1						1		1		1	
98-1						1		1		1	
99-1						1		1		1	
100-1						1		1		1	

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2020		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Valor Total R\$ 0,00		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 Diag: Do idio patica 37 e 40 de Canal txo: Pedido Ex para condutor											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/2020 Dr. Alarico Gandour Filho		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável Técnico 25/10/2020 Dr. Alarico Gandour Filho		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/10/2020 Silvana D Silveirinha Correa		53-Data, local e Assinatura da Empresa 25/10/2020 Ponto de Contato Clínica Dentária Ltda.		54-Data, local e Assinatura da Empresa 25/10/2020 Ponto de Contato Clínica Dentária Ltda.		55-Data, local e Assinatura da Empresa 25/10/2020 Ponto de Contato Clínica Dentária Ltda.	