



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

Instituições para visto anti

702927
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 9 / 2 1	4-Data de Autorização 2 0 / 0 9 / 2 1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9054284	7-Data Validade da Sentença 1 3 / 1 2 / 2 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 0 8 7 3 6 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	14-Telefone	15-Nome do titular do plano JAQUELINE COSTA DA SILVA	
13-Nome JAQUELINE COSTA DA SILVA	09/03/1973					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ISABELLE RIGON DA SILVA	18-Número no CRO 40826	19-UF RJ	20-Código CBO S	25-Código CNES	26-Valor 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 3 8 5 4 7 3 7 0 4	22-Nome do Contratado Executante ISABELLE RIGON DA SILVA	23-Número no CRO 40826	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Valor Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante ISABELLE RIGON DA SILVA	27-Número no CRO 40826	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
1 - 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	13	VP	1	18 1 0 0
2 - 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1 0 0
3 -						
4 -						
5 -						
6 -						
7 -						
8 -						
9 -						
10 -						
11 -						
12 -						
13 -						
14 -						
15 -						

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/09/2021	44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial	46-Total Quantidade US 1 4 9 0 0	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	-------------------------------------	--------------------	---

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/09/2021 Isabelle Rigon	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/09/2021 Jaqueline Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/09/2021 Jaqueline Costa	53-Data, local e Cargo da Empresa 20/09/2021 Dr. Isabelle Rigon
--	---	---	--

CIRURGIÃO-DENTISTA
CRO-RJ 40826