

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

683133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/2011	4-Data de Autorização 06/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8995563	7-Data Validade da Senha 25/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025394018000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome MARTA JANETE FREIRE
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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12385473704
22-Nome do Contratado Executante ISABELLE RIGON DA SILVA	23-Número no CRO 40826	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ISABELLE RIGON DA SILVA	27-Número no CRO 40826
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0001851010196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1
2-0001851010196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/09/2011	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 112200	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/09/2011 Isabelle Rigon	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável 20/09/2011 Marta Janete Freire	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/09/2011	53-Data, local e Campo da Empresa 20/09/2011
--	--	---	---

Dra. Isabelle Rigon
CIRURGIA-DENTISTA
CRO-RJ-40826