

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2267622
INTERCÂMBIO

6-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ TREVISANI GONCALVES		18-Número no CRO 32993		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 9 6 4 3 6 0 6 9 1 0		22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ TREVISANI GONCALVES		23-Número no CRO 32993		24-UF PR		25-Código CHES		(I) 65100218 (II) 65100218	
26-Nome do Profissional Executante BEATRIZ TREVISANI GONCALVES		27-Número no CRO 32993		28-UF PR		29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-1-Repel	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Engelo	34-Fração	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módo de Cossa 42-Assinatura
1- 0 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	1 4 0 0 0 0	0,00		S		
2- 0 0 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0 0	0,00		S		
3- 0 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	1 2 2 0 0 0	0,00		S		
4- 0 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DMO	1	1 2 2 0 0 0	0,00		S		
5- 0 0 0											
6- 0 0 0											
7- 0 0 0											
8- 0 0 0											
9- 0 0 0											
10- 0 0 0											
11- 0 0 0											
12- 0 0 0											
13- 0 0 0											
14- 0 0 0											
15- 0 0 0											

43-Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

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(s) 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-Observation

— 1 —

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

22/09/25

Don't give up

Dra. Beatriz Trevisan
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 32993

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/10/1925

Dra. Beatriz Trevisan
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 32993

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

5/10/4/2/5/11/2

11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

25/10/1915

3	4	5
---	---	---

Dra. Beatriz Travassani
Cirurgiã Dentista
CR0/P.R. 32993

TrypSä

Artist 110