

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

2247145
INTERCÂMBIO

1-Ru-geral ANI 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 3 / 2 5	5-Status AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13656206	7-Data Validade da Guia 1 6 / 0 6 / 2 5
--------------------------	--	------------------------	--	--

10-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 3 / 2 5		11-Data Validade da Guia 1 6 / 0 6 / 2 5	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Nome do Beneficiário GENILDO SANTOS SANTANA	

15-Nome do Beneficiário GENILDO SANTOS SANTANA		16-Nome do Profissional Solicitante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	
17-Nome do Profissional Solicitante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ		18-Número no CRC 74335	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 3 1 1 9 8 2 8 0 0 0 1 1 2		20-Nome do Profissional Encarregado NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 3 1 1 9 8 2 8 0 0 0 1 1 2		22-Nome do Contratado Encarregado CELIA GONZALEZ LOPES	
23-Número no CRC 74335		24-UF SP	
25-Número no CRC 74335		26-UF SP	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ordem de Referência	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mojo da Classe de Associação
1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	1 3 4 0 0 0	1							18/03/2025	
2-0 0 0 8 5 2 0 0 0 8 5	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	1 5 0 0 0 0	1							18/03/2025	
3-_____											
4-_____											
5-_____											
6-_____											
7-_____											
8-_____											
9-_____											
10-_____											
11-_____											
12-_____											
13-_____											
14-_____											
15-_____											

43-Cota Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Valor Total R\$	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1 1 / 1 / 1	1-1 Tratamento Odontológico	1-1 Total 2-Parcial	1 8 4 0 0 0	1 8 4 0 0 0	0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme a execução do tratamento, compreendo e autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. De-loro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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 realzado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Coveragem		50-Data, local e Assinatura do Contratado		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
Queda de prótese - cimentação dentre 20		18/03/2025		18/03/2025	

(Handwritten signature and stamp)
CRO 61225