

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

2280298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 4 / 2 5	5-Serça AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13768490	7-Data Validade da Serça 1 3 / 1 0 / 7 2 5
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1 0 0 2 0 2 5 1 1 2 4 2 3 3 0 0 4 8 1 3 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA BENEF DOS FUNC DO BCO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WILLIAM ROBERTO LANZOTTI	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano WILLIAM ROBERTO LANZOTTI
-------------------------------------	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	18-Número no CRO 74335	19-UF SP	20-Código CBO S 3	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 3 1 1 9 8 2 8 0 0 0 1 1 2	22-Nome do Contratado Executante CELIA GONZALEZ LOPES	23-Número no CRO 74335	24-UF SP	25-Código CNES 9823328	26-Nome do Profissional Executante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	27-Número no CRO 74335	28-UF SP	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	----------------------	--	--	---------------------------	-------------	---------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

0225 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Class. 42-Assinatura
1-0 0 0 8 1 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 0 0		0 0 0		S	14/04/25
2-0 0 0 8 5 2 0 0 0 8 5		REST TEMP TRAT EXPECTANTE	24		1	5 0 0 0		0 0 0		S	14/04/25
3- / / / / / / / / / /											
4- / / / / / / / / / /											
5- / / / / / / / / / /											
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento A 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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), foram realizados 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

Abcesso . Drenagem Rx Orientação e medicação Dente 24

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/04/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/04/25	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/04/25
--	---	---	--

Dr. [Assinatura] 01/25
Dr. [Assinatura] 01/25