



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/11 01/10/12 51 4-Data de Autorização 11/06/11 01/10/12 51 6-Senha AUTORIZADO 14488742 7-Data Validade da Guia 11/03/11 12/12/15

2502890
 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01012025111579590011509031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SCHULZ SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708602006179882

13-Nome GUSTAVO HENRIQUE ALVES DE OLIVEIRA

16/05/2011

15-No de do titular do plano ALESSANDRO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELIZABETH BERKENBROCK NIEMEYER

18-Número no CRO 19885

19-UF SC

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31287132030001891

22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA

23-Número no CRO 19885

24-UF SC

25-Código CNES 2925699

26-Nome do Profissional Executante ELIZABETH BERKENBROCK NIEMEYER

27-Número no CRO 19885

28-UF SC

29-Código CBC S

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-Fra. Igual/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clipse	42-Assinatura
1-0	01860000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO		1		260,00	0,00			14/10/25		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/10/25

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 260,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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.

49-Observação 09/12

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/25 Cirurgia - Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/25 Cirurgia - Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/25

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/25

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/25