



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/06 16:22:51		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14019476		7-Data Validade da Será 18/01/09 12:51		2354965 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025010550602204604				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
13-Nome PATRICIO DE SOUZA RIBEIRO				17/03/1946				14-Telefone () - - - - -			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
15-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		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131119828000112		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			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Ragão	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênesis do Procedimento
1-000181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	1	3400	0	1	3400	0	0	0	11/06/25	200625
2-000185200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	42	1	5000	0	5000	0	0	0	11/06/25	200625
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Cela 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\$						
11/01/06	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Ortodontia/Emergência	184000	184000	0	0	0	0	0

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-Conservação

Queda de restaurações - restauração em resina dente 42

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável		52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
11/01/06		20/06/25		20/06/25	
Dr. Acyr Gonzalez Lopes		Dr. Acyr Gonzalez Lopes		Dr. Acyr Gonzalez Lopes	
Cirurgião-Dentista		Cirurgião-Dentista		Cirurgião-Dentista	
CRO 61225		CRO 61225		CRO 61225	