

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

2423214
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 2 1 1 0 1 2 5

6-Número da Guia Principal
14239997

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 1 3 1 0 1 8 1 2 5

3-Data de Emissão da Guia
1 1 3 1 0 1 8 1 2 5

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 5 0 2 1 0 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIA CRISTINA MENIN NEUBAUER

16/04/1969

14-Telefone
() () () () () () () () () ()

15-Nome do titular do plano
MARIA CRISTINA MENIN NEUBAUER

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
025 -
Faturar Empresa

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-UF
SP

27-Número no CRO
74335

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Nome do Profissional Executante
NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medicação	42-Assinatura
1-0	0181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	1			34	0,00	0,00		13/08/25		
2-0	0185200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	1			50	0,00	0,00		13/08/25		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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\$
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	4	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	84,00	0,00	0,00

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), tiverem 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

Queda de curativo - curativo 42

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/08/25
Dra. Nielse Merlin Crepaldi
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/08/25
Dra. Nielse Merlin Crepaldi
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/08/25
Dra. Nielse Merlin Crepaldi

Cirurgião Dentista
CRO 14335