

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2216144
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/10/2025		4-Data de Autorização 18/10/2025		5-Serha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 2216144		7-Data Validade da Serha 19/10/2025		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade da Carteira				15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA SILVA FRANCO					
13-Nome ANA CAROLINA SILVA FRANCO				14-Telefone				16-Data de Nascimento 16/01/1992					
17-Nome do Profissional Solicitante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ				18-Número no CRO 74335				19-UF SP				20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1311198280001112				22-Nome do Contratado Executante CELIA GONZALEZ LOPES				23-Número no CRO 74335				24-UF SP	
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/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-00081000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		3400		0		0		0	
2-00085200085		REST TEMP TRAT EXPECTANTE		14		5000		0		0		0	
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$		49-Total Franquia / Co-participação R\$	
18/10/2025		4		4		1-Total 2-Parcela		184000		0000		0000	

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação: **QUEBRA DE RESTAURAÇÃO**

51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante: **Dr. ACYR GONZALEZ LOPES**
18/10/2025

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **Dr. ACYR GONZALEZ LOPES**
18/10/2025

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos no contrato: **Dr. ACYR GONZALEZ LOPES**
18/10/2025