OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 2335092
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/25	03/06/25	AUTORIZADO	13955624	01/09/25

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205116176802064 01	POS REDE PRESTADORA	INTELBRAS SA INDUSTRIA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROZELIA CAIRES DE BRITO 11/03/1975	( ) -	ROZELIA CAIRES DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	74335	SP	

025 - Faturar Empresa 3

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
33119828001112	CELIA GONZALEZ LOPES	74335	SP	9823328

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	74335	SP	

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-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000057	CONSULTA ODONTLOGICA DE			1	34,00	0,00		S	03/06/25		
2	00	85200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	25		1	50,00	0,00		S	03/06/25		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
/ /	4 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	84,00	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), 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: QUEDA DE PROTESE CIMENTACAO DENTE 25

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/06/25 Dr. Acyr Gonzalez Lopes Cirurgião Dentista CRO 61225	03/06/25	03/06/25 Dr. Acyr Gonzalez Lopes Cirurgião Dentista CRO 61225