



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 11/04/10 2-5 4-Data de Autorização 11/06/10 12/5 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14488789 7-Data Validade da Guia 11/03/11 12/12/5

2502898
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020251157959000043703 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SCHULZ SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701802271878379

13-Nome EDUARDO SYDORAK NUNES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GILMAR NUNES

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELIZABETH BERKENBROCK NIEMEYER 18-Número no CRO 19885 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32873203000189 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 CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	086000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO		1		260,00	0,00			15/04/10	25	Elmer
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prescrição 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\$							
14/10/25	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonte 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	260,00	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), 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
10/12

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/25 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/25 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/25 53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/25