

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 2 / 2 5	5-Sertha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13554868	7-Data Validade da Sertha 1 9 / 0 5 / 2 5	2216162 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	------------------------	--	--	------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 2 1 5 1 7 0 1	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LILIAN CRISTINE DE ANDRADE	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano LILIAN CRISTINE DE ANDRADE	

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 / CAPIJ / CPF 1 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-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-Dente/Região	34-Face	35-Div	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE				1	3 4 0 0			S	18/02/25
2-0 0 0 8 5 2 0 0 0 8 5		REST TEMP TRAT EXPÉCTANTE	16			1	5 0 0 0			S	18/02/25
3- / / / / / / / / / /											
4- / / / / / / / / / /											
5- / / / / / / / / / /											
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Previsto Término do Tratamento / / / / /	44-Tipo de Atendimento A 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / / / /
---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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-Observação

LESÃO CARIOSA . RX. REMOÇÃO DE CÁRIE + CURATIVO.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / / / /	51-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável 18/02/25	52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável 18/02/25
--	---	---

Dr. Acir Gonzalez Lopez

Dr. Acir Gonzalez Lopez

Dr. Acir Gonzalez Lopez

Dr. Acir Gonzalez Lopez

Dr. Acir Gonzalez Lopez