

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/2015	5-Sertha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13972278	7-Data Validade da Sertha 06/09/2015	2341153 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	------------------------	--	---	------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020250251743000106011	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde / /
13-Nome MARCELO MARTINS VIEIRA	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano MARCELO MARTINS VIEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração 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 da Operadora / CNPJ / CPF 13111982800011121	22-Nome do Contratado Executante CELIA GONZALEZ LOPES	23-Número no CRO 74335	24-UF SP	25-Código GNES 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-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Definição Regiões	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-00181000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	1		1	34,00	0,00	0,00	S	/ /	08/06/25 <i>afonso</i>
2-00185200085		REST TEMP TRAT EXPECTANTE	1		1	5,00	0,00	0,00	S	/ /	08/06/25 <i>afonso</i>
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento H 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 184,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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), 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 Reodontite Rx raspagem Local-orientação + medicação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/06/25 <i>afonso</i>	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/25 <i>afonso</i>	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 08/06/25 <i>afonso</i>
--	---	---	--

53-Data, local e Assinatura 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.

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
/ /

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/06/25 *afonso*

56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável
08/06/25 *afonso*

57-Data, local e Assinatura 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.