



2332341
INTERCÂMBIO

7-Dia Validade da Bateria
2 8 / 0 8 / 2 5

6-Número da Guia Principal
13943951

5-Será
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13 / 0 1 / 0 5 / 12 / 5

3-Data de Emissão da Guia
13 / 0 1 / 0 5 / 12 / 5

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1 0 0 2 0 2 5 0 1 0 5 0 6 0 2 2 0 4 6 0 3

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

RUTH MEDEIROS DA SILVA RIBEIRO

01/05/1957

14-Telefone
() / / - / /

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

18-Nome do titular do plano
EUGENIO DA SILVA RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ

15-Número no CRO
74335

19-UF
SP

20-Código CBO 3
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13 3 1 1 9 8 2 8 0 0 0 1 1 2

22-Nome do Contratado Executante
CELIA GONZALEZ LOPES

24-UF
SP

25-Código CHES
9823328

25-Nome do Profissional Executante
NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ

27-Número no CRO
74335

28-UF
SP

29-Código CBO 3

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição

33-Dentista/Rugão 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Moeda da Guia 42-Assinatura

1- 0 0 8 1 0 0 0 0 5 7 1 CONSULTA ODONTOLÓGICA DE
2- 0 0 8 5 2 0 0 0 8 5 1 REST TEMP TRAT EXPECTANTE 18

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dentista/Rugão

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Moeda da Guia

42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Maior Total R\$

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Faturamento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Faturamento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Faturamento

62-Tipo de Faturamento

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 a 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

Abcesso - drenagem + orientação + avanço dente 18

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Executante

30/05/25

Dr. Acyr Gonzalez Lopes

30/05/25

Dr. Acyr Gonzalez Lopes

Cirurgião Dentista

CRO 61225