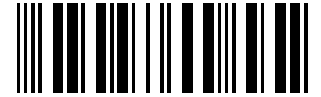


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2570649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/25	4-Data de Autorização 16/12/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14700292	7-Data Validade da Senha 06/02/26
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025124831600023401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CIA INDUSTRIAL H CARLOS	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705007628590654
13-Nome GLEICE GELSINA DE OLIVEIRA DA HORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GLEICE GELSINA DE OLIVEIRA DA HORA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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
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

025 -
Faturar Empresa

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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	/		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	/		
3-										/		
4-										/		
5-										/		
6-										/		
7-										/		
8-										/		
9-										/		
10										/		
11										/		
12										/		
13										/		
14										/		
15										/		

43-Data Previsão Término do Tratamento _/_/__/__/_/	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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), 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			
---------------	--	--	--

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 _/_/__/__/_/
---	---	---	---