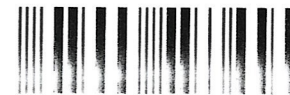




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2336704
INTERCAMBIO

43-Data Previsão 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\$
05/08/25	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

10-Atendimento a RN	11-Nome do Profissional Solicitante	12-Número no CRO	13-UF	14-Código CBO S	15-Data de Emissão da Guia	16-Número do Cartão Nacional
N	SILVANA TROMBONI KOTTKE	49479	SP	025 - Faturar Empresa	02/09/25	

21-Código na Operadora - CNPJ - CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
46541613000137	ODONTO-SIL LTDA ME	49479	SP	4058887

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
SILVANA TROMBONI KOTTKE	49479	SP	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/08/25		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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\$
05/08/25	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	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	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
	05/08/25			05/08/25

Odonto Sil
CNPJ: 46.541.613/0001-37
Dra. Silvana Tromboni
CPF: 176.782.278-25
CRO: SP-49479