

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2371818
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/07/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha CANCELADO	6-Número da Guia Principal 2371818	7-Data Validade da Senha 02/09/25
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202543991800063004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ONHIGHWAY BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELLE CRISTYNA MARTINS RIBEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GIOVANNI MARTINS MADALENA	
13-Data 17/12/2002				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARINA DO CARMO COTTA ANDRADE	18-Número no CRO 48237	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22065107000150	22-Nome do Contratado Executante SALUTE CLINICA INTEGRATIVA LTDA ME	23-Número no CRO 48237	24-UF MG	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante MARINA DO CARMO COTTA ANDRADE		27-Número no CRO 48237	28-UF MG	29-Código CBO S

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-												
2-												
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 0,00	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 / /
--	--	--	--