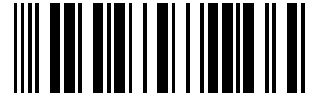


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2571654
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/25	4-Data de Autorização 30/12/25	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 14704849	7-Data Validade da Senha 07/02/26
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025020717300019401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TONELLO E MACHADO DA LUZ	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JUCILENE KNIELING	03/01/1979	14-Telefone (_) -_-_-_-_-	15-Nome do titular do plano JUCILENE KNIELING	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ASSIS MARDEN BORBA CARDOSO DOS SANTOS	18-Número no CRO 36896	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 54266213000199	22-Nome do Contratado Executante ODONTOLOGIA ABDALLA & BORBA LTDA	23-Número no CRO 36896	24-UF PR	25-Código CNES 4860853	
26-Nome do Profissional Executante ASSIS MARDEN BORBA CARDOSO DOS SANTOS	27-Número no CRO 36896	28-UF PR	29-Código CBO S		

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	01/01/26		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S			
3-	00852000158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S			
4-	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMV	1	122,00	0,00		S			
5-	00852000158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S			
6-	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMP	1	122,00	0,00		S			
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 1488,00	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) em 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
Ato 85200158: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 85200158: Necessario anexar radiografia no site para pagamento Ato 85100218: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 85100218: Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao Ato 85200158: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 85200158: Necessario anexar radiografia no site para pagamento Ato

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