

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2543136
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/25	4-Data de Autorização 13/11/25	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14613702	7-Data validade da sentença 12/01/26
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251228480000000106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HR DE SOUZA	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUNA MARIAH DE SOUZA		14-Telefone 28/06/2021	15-Nome do titular do plano HUDNEY RIBAMAR DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante YARA CRISTINA CARDIM CASTELO BRANCO	18-Número no CRO 54777	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 265503100000173	22-Nome do Contratado Executante ARTE EM SORRISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 54777	24-UF SP	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante YARA CRISTINA CARDIM CASTELO BRANCO		27-Número no CRO 54777	28-UF SP	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/11/25		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	28/11/25		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/11/25	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 174,00	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 28/11/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 28/11/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa //
---	--	---	---