

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2359095
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/25	4-Data de Autorização 25/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14031412	7-Data Validade da Senha 22/09/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202527058000026703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARIELI DO AMARAL		14-Telefone (54) 9952-9717		15-Nome do titular do plano MATEUS CEOLIN		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA BARRETO DRUM	18-Número no CRO 31950	19-UF RS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29739230000159		22-Nome do Contratado Executante ARCAD ODONTOLOGIA ESTETICA E FUNCIONAL		23-Número no CRO 24864	24-UF RS	25-Código CNES 9999999	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante BARBARA BARRETO DRUM		27-Número no CRO 31950		28-UF RS	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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	08/08/25		Arieli
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMD	1	122,00	0,00		S	/ /		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	IMP	1	122,00	0,00		S	/ /		
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IPM	1	122,00	0,00		S	/ /		
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IPM	1	122,00	0,00		S	/ /		
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMD	1	122,00	0,00		S	/ /		
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OMD	1	122,00	0,00		S	/ /		
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OMD	1	122,00	0,00		S	/ /		
9	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMD	1	122,00	0,00		S	08/08/25		Arieli
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 1116,00	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 / /
--	--	--	--