



1912141
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/24	4-Data de Autorização 11/06/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12582596	7-Data Validade da Senha 08/09/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025113978500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JL DA SILVA SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JORGE LUIZ DA SILVA JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JORGE LUIZ DA SILVA JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO TREVISAN TORTELLA	18-Número no CRO 30934	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa dia 31/08 enviado p/ produção. Pg. 30/08
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31107292000190	22-Nome do Contratado Executante MARCIA VEIGA NEVES SERVICOS DE ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 30934	24-UF PR	25-Código CNES 0621080	
26-Nome do Profissional Executante GUSTAVO TREVISAN TORTELLA	27-Número no CRO 30934	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	05.06.24		Jorge
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	Não Realizada		Jorge
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/07/24	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 201,00	47-Valor Total R\$	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 e 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, no valor de R\$ 201,00 (duzentos e um reais) neste documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação *paciente abandonou seu tratamento 17/07/24, por estar fora da cidade a trabalhar, não pode voltar	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/07/24 x Gustavo I. Tortella	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/07/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/07/24 Jorge Luiz da Silva Junior	53-Data, local e Assinatura da Empresa 17/07/24 Resp. Técnico Dr. Gustavo Trevisan Tortella
---	---	---	--	--

INSC. EST. - ISENTA
Av. João Marangoni, 404 Lj. 03
JL Novo Panorama - CEP: 87113-310
CNPJ: 31.107.292/0001-90
CRO-PR 30934-CML-PR 4354