

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2340967
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/06/25	4-Data de Autorização 07/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13971737	7-Data Validação da Senha 05/09/25
8-Número da Carteira 002025110846400074504			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GONCALVES E TORTOLA S A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JULIA CAROLINE DINIZ DE OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO DINIZ DE OLIVEIRA	
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
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
26-Nome do Profissional Executante GUSTAVO TREVISAN TORTELLA		27-Número no CRO 30934		28-UF PR	29-Código CBO S
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
25-Código CNES 0621080					

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	PROF.LAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00			03/09/25		x Julia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/09/25	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 140,00	47-Valor Total 140,00	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 contratado 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/09/25 Gustavo T. Tortella	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/25 Gustavo T. Tortella	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/25 Julia	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 03/09/25 Dr. Gustavo Trevisan Tortella
---	---	---	--

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