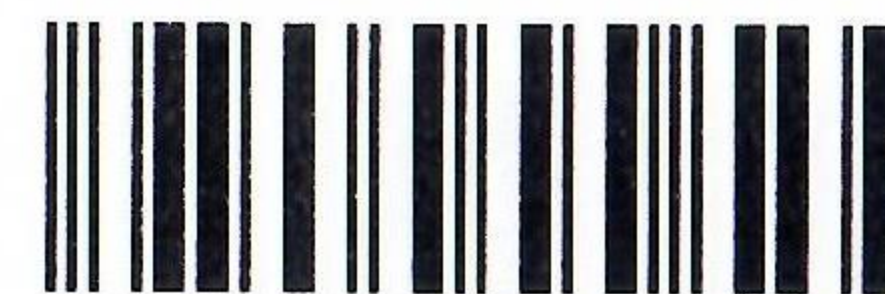




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1859509
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 4 / 2 4	4-Data de Autorização 2 9 / 0 4 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12406471	7-Data Validade da Senha 2 2 / 0 7 / 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 1 8 6 2 7 0 0 0 0 9 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO PARDO TRANSPORTES LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TANIA SERAFIM DA ROCHA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANO BATISTA DE SOUZA	

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 1 1 0 7 2 9 2 0 0 0 1 9 0	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	

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	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6 1 0 0	0,00		S	13/05/24		
2	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4 0 0	0,00		S	13/05/24		
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	1 4 0 0	0,00		S	14/05/24		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/05/24	44-Tipo de Atendimento 1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 1 5 0 0	47-Valor Total R\$ SDI ODONTOLOGIA CNPJ: 31.107.292/0001-90
--	--	---	-------------------------------------	---

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 13/05/24 Gustavo T. Tortella	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/05/24
---------------	---	---	---	---

Jd. Novo Panorama - CEP: 87113-310

Resp. Técnico: Dr. Gustavo Trevisan Tortella

CRO-PR 30934-CML-PR 4354