



2271357  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/04/25 | 4-Data de Autorização<br>08/04/25 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13737225 | 7-Data Validade da Senha<br>06/07/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                               |  |                                  |  |                                        |  |                                                      |  |                                       |  |
|-----------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                         |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA   |  | 10-Empresa<br>EXTRAMED ADMINISTRACAO E |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |
| 8-Número da Carteira<br>002025027383400033901 |  | 13-Nome<br>FRANCINELI DOS SANTOS |  | 14-Telefone<br>( ) -                   |  | 15-Nome do titular do plano<br>FRANCINELI DOS SANTOS |  |                                       |  |

|                                                                 |  |                                                                                |  |                           |  |                                          |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|------------------------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |  | 18-Número no CRO<br>30934                                                      |  | 19-UF<br>PR               |  | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>GUSTAVO TREVISAN TORTELLA               |  | 23-Número no CRO<br>30934 |  | 24-UF<br>PR                              |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>31107292000190           |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARCIA VEIGA NEVES SERVICOS DE ODONTOLOGIA |  | 25-Código CNES<br>0621080 |  |                                          |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>GUSTAVO TREVISAN TORTELLA |  | 27-Número no CRO<br>30934                                                      |  | 28-UF<br>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-        | 0085230158                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 46              |         | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 |        | 25/04/25              |                    |               |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                  |                    |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>13/06/25 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>533,00 | 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 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<br>25/04/25 Gustavo Trevisan Tortella |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>25/04/25 Vitor Uchenta |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/04/25 Francineli dos Santos |  | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>25/04/25 Dr. Gustavo Trevisan Tortella<br>CRO-PR 30934-CML-PR 4354 |  |
|---------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

MARCIA VEIGA NEVES  
SERVICOS ODONTOLÓGICOS EIRELI  
CNPJ: 31.107.292/0001-90

INSC. EST. - ISENTO  
Av. João Marangoni, 404 Lj. 03

Jd. Novo Panorama - CEP: 87113-310

Resp. Técnico Dr. Gustavo Trevisan Tortella  
CRO-PR 30934-CML-PR 4354