

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1973762
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 1 / 0 7 / 2 4	4-Data de Autorização 0 3 / 0 8 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12785965	7-Data Validade da Senha 2 9 / 1 0 / 2 4
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 0 1 4 0 3 0 0 0 5 7 1 0 4			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED REGIONAL MARINGA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MATHEUS FREIRE VITURI			14-Telefone () -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
15-Nome do titular do plano ADRIANA FREIRE MOREIRA VITURI					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO TREVISAN TORTELLA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 1 1 0 7 2 9 2 0 0 0 1 9 0			18-Número no CRO 30934	19-UF PR	20-Código CBO S
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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 0 0	0,00			07/08/24		x Mathieu
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	1 2 2 0 0	0,00			31/07/24		x Mathieu
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	1 4 0 0 0	0,00			07/08/24		x Mathieu
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/08/24	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 3 2 3 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	48-Franquia/Co-participação R\$ 0 0 0 0 0 0
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 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 07/08/24 Gustavo Trevisan Tortella	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/08/24 Marcia Veiga Neves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/24 Mathieu Freire Vituri	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 07/08/24 Gustavo Trevisan Tortella
---	--	---	--

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