

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2015745
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/24	4-Data de Autorização 04/09/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12921851	7-Data Validade da Senha 02/12/24
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025116950600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CESAR PICINIM		14-Telefone 09/03/1979	15-Nome do titular do plano CESAR PICINIM		
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
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					

025 -
Faturar Empresa

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	14		1	73,00	0,00		S	17/09/24		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	02/10/24		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	02/10/24		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	02/10/24		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	02/10/24		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	24/09/24		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/24	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 457,00	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Empresa / 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 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 17/09/24 Gustavo T. Tortella	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/24 Gustavo T. Tortella	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/24 Cesar Picinim	53-Data, local e Assinatura do Profissional 17/09/24 Marcia Veiga Neves
---------------	---	---	---	--

INSC. EST. - ISENTA
Av. João Marangoni, 404 Lj. 03
Jd. Novo Panorama - CEP: 87113-310
CNPJ: 01.107.292/0001-90
CRO-PR 30934-CML-PR 4354