

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2137074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/24	4-Data de Autorização 10/12/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13309011	7-Data Validade da Senha 10/03/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025113792600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADRIANA ARAUJO PEREIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO TREVISAN TORTELLA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANA ARAUJO PEREIRA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31107292000190	22-Nome do Contratado Executante MARCIA VEIGA NEVES SERVICOS DE ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 30934	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante GUSTAVO TREVISAN TORTELLA	23-Número no CRO 30934	24-UF PR	25-Código CNES 0621080	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00			10/12/24		Adriana
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/02/25	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 da 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 por esta, a assinatura desse 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 10/12/24 Gustavo T. Tortella	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/24 Vitor Chenun	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/24 Adriana	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/12/24 Dr. Gustavo Trevisan Tortella
---------------	---	--	---	--

INSC. EST. - ISENTO
Av. João Marangoni, 404 Lj. 03
Jd. Novo Panorama - CEP: 87113-310
CNPJ: 31.107.292/0001-55
CRO-PR 30934-CML-PR 4354