

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1695831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/23	4-Data de Autorização 24/11/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11920476	7-Data Validade da Senha 22/10/24
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020257889170000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADRIANE APARECIDA GLOVACKI DOS REIS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANE APARECIDA GLOVACKI DOS REIS		
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 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

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/11/23		Adriane
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	258,00	0,00		S	24/11/23		Adriane
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	15/12/23		Adriane
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/11/23	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 353,00	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 contidas no 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 24/11/23 Gustavo T. Tortella	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/23 Vitor Uemura	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/23 Adriane Ap. Gloveracki dos Reis	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 24/11/23 MARCIA VEIGA NEVES
---------------	--	---	--	--

Av. João Marangoni, 404 Lj. 03
Jd. Novo Panorama - CEP: 87113-310
Resp. Técnico: Dr. Gustavo Trevisan Tortella
CRO-PR-30934-CML-PR 4354