

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2268161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/04/25	4-Data de Autorização 03/04/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13726122	7-Data Validade da Senha 02/07/25
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 00202521193100001702		
13-Nome DENISE DE CASTRO SILVA			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TOP TEC INDUSTRIA E COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO DOS SANTOS SIMEONI	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO TREVISAN TORTELLA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		

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
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

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/25		
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 174,00	47-Valor Total 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 OBS: A limpeza não foi feita, paciente estava com afta e feridas na boca	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/06/25 João T. Tortella	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/25 Denise Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/06/25
---	--	---	---	---

MARCIA VEIGA NEVES
SERVICOS ODONTOLÓGICOS EIRELI
CNPJ: 31.107.292/0001-90
INSC. EST.: ISENTA
Av. João Marangoni, 404 Lj. 03
Jd. Novo Horizonte - CEP: 87113-370
Fone: (41) 3344-4854
Resp. Técnico: Dr. Gustavo Trevisan Tortella
CRO-PR 4854