



2310082
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 3 / 0 5 / 2 5	4-Data de Autorização 1 4 / 0 5 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13871069	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 8 / 2 5
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 7 7 7 5 2 0 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa E R DE ANDRADE TRANSPORTES	11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome POLIANA FERMINO DE OLIVEIRA			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EZEQUIEL RIBEIRO DE ANDRADE	
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		22-Nome do Contratado Executante MARCIA VEIGA NEVES SERVICOS DE ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 30934	19-UF PR
26-Nome do Profissional Executante GUSTAVO TREVISAN TORTELLA		27-Número no CRO 30934		24-UF PR	25-Código CNES 0621080
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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	IV	1	6 1 0 0	0 0 0			04/06/25		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/06/25	44-Tipo de Atendimento 3 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6 1 0 0	47-Valor Total 6 1 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 profissionais 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/06/25 Gustavo T. Tortella	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/06/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/06/25	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 04/06/25
---------------	---	---	---	--

Av. João Marangoni, 404 Lj. 03

Jd. Novo Panorama - CEP: 87113-310

Resp. Técnico: Dr. Gustavo Trevisan Tortella

CRO-PR 30934-CML-PR 4354

INSC. EST. - ISENTA