



11994699

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 1 2 / 2 3	4-Data de Autorização 1 8 / 1 2 / 2 3	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 11994699	7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 2 / 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 1 6 2 7 0 0 0 6 0 9 0 1	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa DENTAL UNI - COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 2 1 / 0 7 / 2 6	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706505324057893
13-Nome RONALDO ROCHA DA SILVA 17/09/1981		14-Telefone (4 1) 8 8 5 2 - 1 6 8 5	15-Nome do titular do plano RONALDO ROCHA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TESTE - NAO UTILIZAR	18-Número no CRO 2020	19-UF PR	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6 2 1 0 8 4 3 7 0 0 2	22-Nome do Contratado Executante TESTE - NAO UTILIZAR	23-Número no CRO 2020	24-UF PR	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante TESTE - NAO UTILIZAR		27-Número no CRO 2020	28-UF PR	29-Código CBO S 04

Enviar - RX
(I) 81000421-RII

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-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RII	1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
2-												
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 3 4 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 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 			
-----------------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--