



13360103

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 03/01/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 13360103	7-Data Validade da Senha 04/03/25
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202567206100006502	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa CMPC IGUACU EMBALAGENS	11-Data Validade da Carteira 17/09/27	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005946107099
13-Nome GUILHERME TEIXEIRA PEREIRA	07/09/2012	14-Telefone (49) 8846-6322	15-Nome do titular do plano LUIS CARLOS TEIXEIRA PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCILDA ALEXANDRE	18-Número no CRO 22508	19-UF PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11527966000106	22-Nome do Contratado Executante LUCIANE F S IMBRONIZIO	23-Número no CRO 12549	24-UF PR	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante LUCIANE DE FATIMA IMBRONIZIO	27-Número no CRO 12549	28-UF PR	29-Código CBO S 09	

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-	94345	DOC ORTODONTICA "A"			1	806,00	0,00					
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 806,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 / /
--	--	--	--