



11523028

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 03/08/23	4-Data de Autorização 03/08/23	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 11523028	7-Data Validade da Senha 02/10/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202554230200000502	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa HELEPE ORGANIZACAO CONTABIL	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004620982123
13-Nome RAFAELA DE SOUZA FIEDLER 28/10/2005		14-Telefone (_) - - - - -	15-Nome do titular do plano ETSIANE RAISSA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA TAGLIANETTI	18-Número no CRO 14444	19-UF PR	20-Código CBO S 09	ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (41) 996828243, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Rui Barbosa, 8875, CENTRO, SAO JOSE DOS PINHAIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2560857901	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA TAGLIANETTI	23-Número no CRO 14444	24-UF PR	25-Código CNES 3873994	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA TAGLIANETTI	27-Número no CRO 14444	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-	94	81000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA									
2-					1	170,00	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 170,00	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 _/_/__/__
--	--	--	--