



11455361

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 7 / 2 3	4-Data de Autorização 1 8 / 0 7 / 2 3	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 11455361	7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 9 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 9 1 4 4 3 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira 2 8 / 0 1 / 2 4	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702100778271994
13-Nome ANA JULIA HEREDIA DE LIMA	14-Telefone (4 1) 3 5 5 6 - 8 5 6 0	15-Nome do titular do plano LUSINETE DOS REIS		

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 2 5 6 0 8 5 7 9 0 1	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-	9 4	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORAMICA									
2-					1	1 7 0 0 0	0 0		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 1 7 0 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 / /
--	--	--	--