



12301726

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 0 3 / 2 4	4-Data de Autorização 2 5 / 0 3 / 2 4	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 12301726	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 5 / 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 1 5 9 9 7 0 0 0 0 6 4 0 5	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa SANTA MARIA CIA DE PAPEL E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700104934175311
13-Nome ISAC GABRIEL DE MEIRA MAINARDES 13/12/2011	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCO CARLOS DA SILVA MAINARDES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante D-MAX ODONTO	18-Número no CRO 15196	19-UF PR	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 9 5 8 3 9 2 9 0 0 0 1 6 5	22-Nome do Contratado Executante VVT - RADIOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 15196	24-UF PR	25-Código CNES 6010148
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA PRESTES VIRMOND TRAIANO		27-Número no CRO 15196	28-UF PR	29-Código CBO S 09

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (42) 40040313, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Rua Vicente Machado, 997, CENTRO,

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	RIS	1	3 4 , 0 0	0 , 0 0	S		/ /		
2-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RII	1	3 4 , 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 6 8 , 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 / /
--	--	--	--