



10426634

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>304484 | 3-Data de Emissão da Guia<br>3 0 / 0 9 / 2 2 | 4-Data de Autorização<br>3 0 / 0 9 / 2 2 | 5-Senha<br>AUTORIZADA | 6-Número da Guia Principal<br>10426634 | 7-Data Validade da Senha<br>2 9 / 1 2 / 2 2 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                                 |                                          |                                                          |                                                 |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 2 4 7 1 3 9 0 0 0 0 8 3 0 3 | 9-Plano<br>DENTAL ELITE                  | 10-Empresa<br>PORMADE PORTAS DE MADEIRAS                 | 11-Data Validade da Carteira<br>2 9 / 0 1 / 2 4 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700407461649443 |
| 13-Nome<br>KAUA DE SOUZA TWARDOWSKI                             | 14-Telefone<br>( 4 2 ) 8 8 0 8 - 8 2 2 8 | 15-Nome do titular do plano<br>DAIANA APARECIDA DE SOUZA |                                                 |                                                          |

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                             |                          |             |                           |                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MAURO FERNANDO ROMAN | 18-Número no CRO<br>7346 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>09     | ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (42) 35221240, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Cruz Machado, 281, SL 23, CENTRO, UNIAO DA VITORIA |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>8 1 3 6 9 6 9 7 9 5 3 | 22-Nome do Contratado Executante<br>MAURO FERNANDO ROMAN    | 23-Número no CRO<br>7346 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES<br>2568187 |                                                                                                                                                                                                                                               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MAURO FERNANDO ROMAN   |                                                             | 27-Número no CRO<br>7346 | 28-UF<br>PR | 29-Código CBO S<br>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 5 9            | 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<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 5 9 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|