



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



11934715

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 1 1 / 2 3	4-Data de Autorização 2 8 / 1 1 / 2 3	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 11934715	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 1 / 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 1 4 6 9 3 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira 0 3 / 1 0 / 2 6	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008933013800
13-Nome MILENE APARECIDA DE SOUZA 25/07/2010		14-Telefone (4 2) 9 9 5 0 - 7 2 9 0	15-Nome do titular do plano DALVA APARECIDA HENISCH	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRC CENTRO RADIOLOGICO DE CASTRO	18-Número no CRO 12549	19-UF PR	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 5 2 7 9 6 6 0 0 0 1 0 6	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

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (42) 32320843, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Coronel Vidal Martins De Oliveira, 449, VILA RIO BRANCO,

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	RPSD	1	3 4 0 0	0 0	0 0	S			
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 3 4 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 / /
--	--	--	--