



12419118

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>304484 | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 5 / 0 4 / 2 4 | 4-Data de Autorização<br>2 5 / 0 4 / 2 4 | 5-Senha<br>AUTORIZADA | 6-Número da Guia Principal<br>12419118 | 7-Data Validade da Senha<br>2 4 / 0 6 / 2 4 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                               |                             |                                                  |                                                 |                                                          |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 9 8 4 7 4 0 0 0 0 1 0 1 | 9-Plano<br>DENTAL ESSENCIAL | 10-Empresa<br>PESSOA FISICA                      | 11-Data Validade da Carteira<br>1 2 / 0 7 / 2 5 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700509348983652 |
| 13-Nome<br>LEONARDO KUAKOSKI                                  | 14-Telefone<br>( ) -        | 15-Nome do titular do plano<br>LEONARDO KUAKOSKI |                                                 |                                                          |

## 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     |
| 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 |                           |

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,

## 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   | RMSD    | 1      | 3 4 0 0          | 0 0      | 0 0                             | S      | / /                   |                     |               |
| 2-        | 9 4                       | 8 1 0 0 0 4 2 1 | RX PERIAPICAL   | RMIE    | 1      | 3 4 0 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>6 8 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>, |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|

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>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|