



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



13401590

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>304484 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 5 / 0 1 / 2 5 | 4-Data de Autorização<br>1 5 / 0 1 / 2 5 | 5-Senha<br>AUTORIZADA | 6-Número da Guia Principal<br>13401590 | 7-Data Validade da Senha<br>1 6 / 0 3 / 2 5 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                 |                         |                                        |                                              |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                           |                         |                                        |                                              |                                                          |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 5 2 4 9 3 3 0 0 0 0 1 4 0 1 | 9-Plano<br>DENTAL ELITE | 10-Empresa<br>COMERCIO DE DERIVADOS DE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>706901124726638 |
| 13-Nome<br>FABIO DA CRUZ                                        |                         | 14-Telefone<br>( ) -                   | 15-Nome do titular do plano<br>FABIO DA CRUZ |                                                          |

|                                                                    |                                                                         |                           |             |                           |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                    |                                                                         |                           |             |                           |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CRC CENTRO RADIOLOGICO DE CASTRO | 18-Número no CRO<br>12549 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>09     |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 1 5 2 7 9 6 6 0 0 0 1 0 6 | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUCIANE F S IMBRONIZIO              | 23-Número no CRO<br>12549 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES<br>9999999 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANE DE FATIMA IMBRONIZIO |                                                                         | 27-Número no CRO<br>12549 | 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) 32320843, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Coronel Vidal Martins De Oliveira,

| 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 |         | 1      | 1 7 7,0 0        | 0,0 0    | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 2-        | 9 4                       | 8 1 0 0 0 4 2 1 | RX PERIAPICAL          | RIS     | 1      | 3 4,0 0          | 0,0 0    | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 3-        | 9 4                       | 8 1 0 0 0 4 2 1 | RX PERIAPICAL          | RCSE    | 1      | 3 4,0 0          | 0,0 0    | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 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>2 4 5,0 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>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|