



11493885

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 7 / 2 3	4-Data de Autorização 2 7 / 0 7 / 2 3	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 11493885	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 9 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 8 0 9 5 2 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705501496958110
13-Nome BRUNO BARROS DE ALMEIDA	16/01/1990	14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano BRUNO BARROS DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA TAGLIANETTI	18-Número no CRO 14444	19-UF PR	20-Código CBO S 09	ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (41) 996828243, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Rui Barbosa, 8875, CENTRO, SAO JOSE DOS PINHAIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 5 6 0 8 5 7 9 0 1 _ _ _ _	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA TAGLIANETTI	23-Número no CRO 14444	24-UF PR	25-Código CNES 3873994	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA TAGLIANETTI	27-Número no CRO 14444	28-UF PR	29-Código CBO S 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		_	_	1	_	1 7 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 _ _ _ 1 7 0 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 _ _ _ / _ _ _ / _ _ _
--	--	--	--