



14323547

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 02/09/25	4-Data de Autorização 02/09/25	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 14323547	7-Data Validade da Senha 01/11/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025009091001053602	9-Plano BASICO	10-Empresa SINDICATO DOS EMPREG EM	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700209910233420
13-Nome MAIKON GABARDO	15/03/1987	14-Telefone (41) 9208-4874	15-Nome do titular do plano MARCIA FRANCO DA PENHA GABARDO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA HIGAKI YENDO	18-Número no CRO 11319	19-UF PR	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17791399857	22-Nome do Contratado Executante RENATA HIGAKI YENDO	23-Número no CRO 11319	24-UF PR	25-Código CNES 5141370
26-Nome do Profissional Executante RENATA HIGAKI YENDO		27-Número no CRO 11319	28-UF PR	29-Código CBO S 09

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (41) 35344957, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Coronel Luiz Victorino Ordine, 1676,

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-	9481000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	186,00	0,00		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 186,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 _/_/__/__
--	--	--	--