



14732013

|                          |                                                |                                            |                       |                                        |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>304484 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 6 // 1 2 // 2 5 | 4-Data de Autorização<br>1 6 // 1 2 // 2 5 | 5-Senha<br>AUTORIZADA | 6-Número da Guia Principal<br>14732013 | 7-Data Validade da Senha<br>1 4 // 0 2 // 2 6 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                                   |                         |                                          |                                                                 |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 0 0 8 0 2 2 2 0 0 0 2 2 0 0 1 | 9-Plano<br>DENTAL ELITE | 10-Empresa<br>GENERAL CARNEIRO           | 11-Data Validade da Carteira<br>_ _ // _ _ // _ _               | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>707605227935692 |
| 13-Nome<br>EDUARDA APARECIDA BARBOSA BORGES                       | 10/10/2000              | 14-Telefone<br>( _ _ ) _ _ _ _ - _ _ _ _ | 15-Nome do titular do plano<br>EDUARDA APARECIDA BARBOSA BORGES |                                                          |

## 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   0 5   | RADIOGRAFIA PANORAMICA |                 |         | 1      | 1 8   6  , 0 0   | 0  , 0 0 | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 2-        | 9 4   8 1 0 0 0 4   2 1   | RX PERIAPICAL          | RPSD            |         | 1      | 3 7  , 0 0       | 0  , 0 0 | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 3-        | 9 4   8 1 0 0 0 4   2 1   | RX PERIAPICAL          | RMSD            |         | 1      | 3 7  , 0 0       | 0  , 0 0 | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 4-        | 9 4   8 1 0 0 0 4   2 1   | RX PERIAPICAL          | RMSE            |         | 1      | 3 7  , 0 0       | 0  , 0 0 | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 5-        | 9 4   8 1 0 0 0 4   2 1   | RX PERIAPICAL          | RPSE            |         | 1      | 3 7  , 0 0       | 0  , 0 0 | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 6-        | 9 4   8 1 0 0 0 4   2 1   | RX PERIAPICAL          | RMIE            |         | 1      | 3 7  , 0 0       | 0  , 0 0 | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        | ,                | ,        | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        | ,                | ,        | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        | ,                | ,        | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        | ,                | ,        | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        | ,                | ,        | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        | ,                | ,        | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        | ,                | ,        | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        | ,                | ,        | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        | ,                | ,        | ,         S                     |        | /     /               |                     |               |

|                                                             |                                                                                                              |                                               |                                                |                                        |                                                             |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 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>_ _   3 7   1  , 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>_ _   _ _  , 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<br><br> |
|-----------------------|

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