



11523061

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>304484 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/08/23 | 4-Data de Autorização<br>03/08/23 | 5-Senha<br>AUTORIZADA | 6-Número da Guia Principal<br>11523061 | 7-Data Validade da Senha<br>02/10/23 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                              |                     |                                    |                                                   |                                                          |
|----------------------------------------------|---------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202509875000025002 | 9-Plano<br>SUPERIOR | 10-Empresa<br>ADVAL TECH DO BRASIL | 11-Data Validade da Carteira<br>23/03/27          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>707607201295299 |
| 13-Nome<br>PATRICIA VITALINO LEVANDOSKI      | 05/01/1980          | 14-Telefone<br>( ) -               | 15-Nome do titular do plano<br>LEANDRO LEVANDOSKI |                                                          |

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                            |                                                             |                           |                       |                           |                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FERNANDA TAGLIANETTI | 18-Número no CRO<br>14444 | 19-UF<br>PR           | 20-Código CBO S<br>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<br>2560857901          | 22-Nome do Contratado Executante<br>FERNANDA TAGLIANETTI    | 23-Número no CRO<br>14444 | 24-UF<br>PR           | 25-Código CNES<br>3873994 |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FERNANDA TAGLIANETTI | 27-Número no CRO<br>14444                                   | 28-UF<br>PR               | 29-Código CBO S<br>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-        | 94                        | 81000405     | RADIOGRAFIA PANORAMICA |         |        |                  | 1        | 170,00                          | 0,00   |                       | S                   |               |
| 2-        |                           |              |                        |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 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>170,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 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>// |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|