



13501658

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 06/02/25	4-Data de Autorização 06/02/25	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 13501658	7-Data Validade da Senha 07/04/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025120330500031101	9-Plano DENTAL ESSENCIAL	10-Empresa UNIMED PONTA GROSSA	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701802278453578
13-Nome MARIA JAQUELINE MARCONDES DE OLIVEIRA	11/05/1999	14-Telefone (42) 9817-1933	15-Nome do titular do plano MARIA JAQUELINE MARCONDES DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRC CENTRO RADIOLOGICO DE CASTRO	18-Número no CRO 12549	19-UF PR	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11527966000106	22-Nome do Contratado Executante LUCIANE F S IMBRONIZIO	23-Número no CRO 12549	24-UF PR	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante LUCIANE DE FATIMA IMBRONIZIO		27-Número no CRO 12549	28-UF PR	29-Código CBO S 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,

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	177,00	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 17,00	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 _/_/___/___
--	--	--	--