



|                              |             |
|------------------------------|-------------|
| 1-Registro ANS               | 406414      |
| 3-Dados de Emissão da Guia   | 115//06//21 |
| 4-Dados de Autorização       | 116//06//21 |
| 5-Sentença                   | AUTORIZADO  |
| 6-Número da Guia Principal   | 8701478     |
| 7-Dados Validade da Sentença | 113//09//21 |

|                                                               |                                       |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 8 4 0 3 9 0 0 0 0 1 0 3 | 9-Filho<br>POS REDE PRESTADORA        |
| 13-Nome<br>ROSELI DOS SANTOS SILVA                            | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA  |
| 05/03/2008                                                    | 11-Data validade da Carteira<br>/ /   |
| 14-Teléfono<br>( ) -                                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 15-Nome do titular do plano<br>AGNALDO CEZAR DE SOUZA         |                                       |

| Tabela de Controle de Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Relacionamento a RN                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17-Número do Profissional Solicitante                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18-Número no CRO                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19-Uf                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20-Código CBO S                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div> <div>N</div> <div> <div>GLENDIA ZAGUINI BRANDT</div> <div>23467</div> <div>PR</div> <div>06</div> </div> </div>                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div> <div>21-Código de Operação / CNPJ / CPF</div> <div>22-Nome do Contratado / Encarregado</div> <div>23-Número no CRO</div> <div>24-Uf</div> <div>25-Código CBO S</div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div> <div>12   5   5   9   2   2   7   1   7   8   9   0  </div> <div>ANTONIO SAVERIO BALDINU</div> <div>26195</div> <div>PR</div> <div></div> </div>                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div> <div>26-Nome do Profissional Encarregado</div> <div>27-Número no CRO</div> <div>28-Uf</div> <div>29-Código CBO S</div> </div>                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div> <div>ANTONIO SAVERIO BALDINU</div> <div>26195</div> <div>PR</div> <div>09</div> </div>                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

025 -

Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel (44) 30262927, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Jacana, 512, SALA 01, CENTRO, SARANDI

| Plano de Tratamento - Procedimentos Substantivos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|--------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 30-Atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição        | 33-Densidade | 34-Tipo | 35-Cód | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Previsão Co-participação R\$ | 39-Atividade de Realização | 40-Motivo de Cancelamento |
| 1-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0                         | 3                   | 4            | 5       |        |                  |          |                                 |                            |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           | DOC ORTODONTICA "A" |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |
| <div>43-Dados Pessoais: Nome do Tratamento: <input type="text"/> 44-Tipo de Atendimento: <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência</div> <div>45-Tipo de Faturamento: <input type="checkbox"/> 1-Tot 2-Parcel <input type="checkbox"/> 3-8 1 0 0 0 46-Total Quantidades US: <input type="text"/> 3 8 1 0 0 0 47-Valor Total R\$: <input type="text"/> 10 0 0 0 48-Total Mensal Co-participação R\$: <input type="text"/></div> |                           |                     |              |         |        |                  |          |                                 |                            |                           |

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a errar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que(s) procedimento(s) descrito(s) acima, eu por mim assinado(s), tolerarei realização, sob meu consentimento e de forma paliativa. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, na provisionada contratada que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solucionante

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53- Data, local e Caimento da Empresa

**Clinica de Implantes**  
**Baldino Eirelli - ME**  
001-53

Clinica de Imunologia  
Baldino Eirelli ME  
CNPJ: 28.641.914/001-53