DENTALUNI
PLANOS ODONTOLÓGICOS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 14051264

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
304484	30/06/25	30/06/25	AUTORIZADA	14051264	29/08/25

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510184900000104	SUPERIOR	PESSOA FISICA	08/04/28	706001354055245

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELLY CRISTINE DE MELLO 19/08/2004	(42) 3552-1580	ENI APARECIDA GELINSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MAURO FERNANDO ROMAN	7346	PR	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
81369697953	MAURO FERNANDO ROMAN	7346	PR	2568187

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MAURO FERNANDO ROMAN	7346	PR	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 -	94	81001421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	35,00	0,00		S			
2 -	94	81001421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	35,00	0,00		S			
3 -	94	81001421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	35,00	0,00		S			
4 -	94	81001421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	35,00	0,00		S			
5 -	94	81001421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	35,00	0,00		S			
6 -	94	81001421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	35,00	0,00		S			
7 -	94	81001421	RX PERIAPICAL	RPID		1	35,00	0,00		S			
8 -	94	81001421	RX PERIAPICAL	RMID		1	35,00	0,00		S			
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	280,00	0,00	,

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
/ /	/ /	/ /	/ /