



13527720

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>304484 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 3 / 0 2 / 2 5 | 4-Data de Autorização<br>1 3 / 0 2 / 2 5 | 5-Senha<br>AUTORIZADA | 6-Número da Guia Principal<br>13527720 | 7-Data Validade da Senha<br>1 4 / 0 4 / 2 5 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                               |                                          |                                                             |                                                 |                                                          |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 0 9 6 2 6 3 0 0 0 3 2 0 2 | 9-Plano<br>AVANÇADO                      | 10-Empresa<br>FOGGIATTO LATARIA E                           | 11-Data Validade da Carteira<br>1 0 / 1 2 / 2 3 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>705001432856559 |
| 13-Nome<br>FRANCIELLI LOPES DE OLIVEIRA                       | 14-Telefone<br>( 4 1 ) 3 5 2 3 - 3 5 0 0 | 15-Nome do titular do plano<br>JOAO PAULO BUENO DE OLIVEIRA |                                                 |                                                          |

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                            |                           |                       |                           |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RENATA HIGAKI YENDO | 18-Número no CRO<br>11319 | 19-UF<br>PR           | 20-Código CBO S<br>09     |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 7 7 9 1 3 9 9 8 5 7 | 22-Nome do Contratado Executante<br>RENATA HIGAKI YENDO    | 23-Número no CRO<br>11319 | 24-UF<br>PR           | 25-Código CNES<br>5141370 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RENATA HIGAKI YENDO    | 27-Número no CRO<br>11319                                  | 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: (41) 35344957, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Coronel Luiz Victorino Ordine, 1676,

## 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 7 7 , 0 0      | 0 , 0 0  |                                 | 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>1 7 7 , 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 , 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>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|