



12338444

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 04/04/24	4-Data de Autorização 05/04/24	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 12338444	7-Data Validade da Senha 03/06/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202503527900383703	9-Plano AVANÇADO COLETIVO	10-Empresa ARCA EMPRESA	11-Data Validade da Carteira 28/11/23	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708105595814739
13-Nome HELOISA ARTMANN DE OLIVEIRA	14-Telefone (44) 9810-7338	15-Nome do titular do plano MARCOS FERNANDES DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURO FERNANDO ROMAN	18-Número no CRO 7346	19-UF PR	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09583929000165	22-Nome do Contratado Executante VVT - RADIOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 15196	24-UF PR	25-Código CNES 6010148
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA PRESTES VIRMOND TRAIANO		27-Número no CRO 15196	28-UF PR	29-Código CBO S 09

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (42) 40040313, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Rua Vicente Machado, 997, 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-	94346	DOC ORTODONTICA "B"			1	706,00	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 706,00	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 / /
--	--	--	--