



11278403

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 5 / 2 3	4-Data de Autorização 3 0 / 0 5 / 2 3	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 11278403	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 8 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 8 7 5 1 0 0 6 0 4 2 0 1	9-Plano AVANCADO+ORTO+PROTES	10-Empresa CASTROLANDA - COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 2 8 / 1 2 / 2 5	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704600126713725
13-Nome MATHEUS GOMES DA SILVA 07/07/1993		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MATHEUS GOMES DA SILVA

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	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, 449, VILA RIO BRANCO,
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 5 2 7 9 6 6 0 0 0 1 0 6	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	

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 3 4 5	DOC ORTODONTICA "A"			1	7 2 6 0 0	0 0 0		S	/	/	
2-	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	3 2 0 0	0 0 0		S	/	/	
3-	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RII		1	3 2 0 0	0 0 0		S	/	/	
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 7 9 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 / /
--	--	--	--