



13820300

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 4 / 2 5	4-Data de Autorização 3 0 / 0 4 / 2 5	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 13820300	7-Data Validade da Senha 2 9 / 0 6 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 8 7 5 1 0 0 5 4 0 1 0 1	9-Plano AVANÇADO	10-Empresa CASTROLANDA - COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1 1 / 0 2 / 2 5	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009544005506
13-Nome EDSON JOSE MARCONDES CARNEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDSON JOSE MARCONDES CARNEIRO	

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	<p>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,</p>
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 5 2 7 9 6 6 0 0 0 1 0 6		22-Nome do Contratado Executante LUCIANE F S IMBRONIZO		23-Número no CRO 12549	
26-Nome do Profissional Executante LUCIANE DE FATIMA IMBRONIZO		27-Número no CRO 12549	28-UF PR	29-Código CBO S 09	

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	0,00		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 1 7 7 0 0	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 / /
--	--	--	--