



13781936

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 4 / 2 5	4-Data de Autorização 1 7 / 0 4 / 2 5	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 13781936	7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 6 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 8 2 4 6 0 0 0 0 1 5 0 2	9-Plano SUPERIOR	10-Empresa FAMMA COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705000867294650
13-Nome ICARO MARTINS MORETTI	23/05/2015	14-Telefone (4 2) 3 5 2 2 - 5 5 3 3	15-Nome do titular do plano NELYCE TAMIRES MARTINS	

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 8 1 3 6 9 6 9 7 9 5 3	22-Nome do Contratado Executante MAURO FERNANDO ROMAN	23-Número no CRO 7346	24-UF PR	25-Código CNES 2568187
26-Nome do Profissional Executante MAURO FERNANDO ROMAN	27-Número no CRO 7346	28-UF PR	29-Código CBO S 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-	9 4	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORAMICA		1	1 7 7,0 0	0,0 0		S	/		
2-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD	1	3 5,0 0	0,0 0		S	/		
3-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID	1	3 5,0 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 2 4 7,0 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 / /
--	--	--	--