



11837358

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 0 / 2 3	4-Data de Autorização 3 0 / 1 0 / 2 3	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 11837358	7-Data Validade da Senha 2 9 / 1 2 / 2 3
--------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------	----------------------------------------	---------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 4 7 2 1 3 0 0 0 0 4 0 2	9-Plano AVANÇADO + DOC ORTO	10-Empresa JOHN LEONARDO PETTER	11-Data Validade da Carteira 2 6 / 1 2 / 2 2	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704006867526761
13-Nome ADRIELY FERREIRA DOS SANTOS	14-Telefone ( 4 1 ) 3 3 6 3 - 4 1 4 8	15-Nome do titular do plano JOSE VANDERLEI RIBEIRO DA LUZ		

## 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
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 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	

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,

## 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 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE	1	3 4	0 0	0 0	S			
2-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS	1	3 4	0 0	0 0	S			
3-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSP	1	3 4	0 0	0 0	S			
4-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSD	1	3 4	0 0	0 0	S			
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 3 6 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 / /
----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------