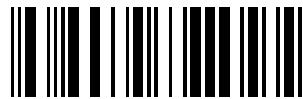




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



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	11837358						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 4 7 2 1 3 0 0 0 0 0 4 0 2	9-Plano AVANCADO + 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	17/09/1986	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								
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 0	S	/ /	/ /	/ /	
2- 9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS	1		3 4 , 0 0	0 , 0 0	S	/ /	/ /	/ /	
3- 9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD	1		3 4 , 0 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 0	S	/ /	/ /	/ /	
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 	44-Tipo de Atendimento 	45-Tipo de Faturamento 	46-Total Quantidade US 1 3 6 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 							
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial										

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 [] / [] / []
--	--	--	--