



13405511

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 1 6 // 0 1 // 2 5	4-Data de Autorização 1 6 // 0 1 // 2 5	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 13405511	7-Data Validade da Senha 1 7 // 0 3 // 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 4 6 0 8 7 0 0 0 0 9 0 7 0 3	9-Plano DENTAL AMPLO DOC	10-Empresa INSTITUICAO ADVENTISTA SUL	11-Data Validade da Carteira _ _ // _ _ // _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700401938743645
13-Nome JOAO CARLOS MARTINS DA CUNHA 20/12/1981	14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano LUIZIANE CAROLINE DA SILVA DA CUNHA		

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 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE	RPE	1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	S				
2-	9 4	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE	RPD	1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	S				
3-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD	1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	S				
4-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE	1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	S				
5-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID	1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	S				
6-	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE	1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	S				
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 1 , 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 _ _ _ _ // _ _ _ _ // _ _ _
--	--	--	--