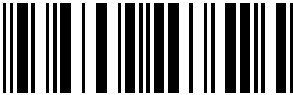




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



12936061

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 06/09/24	4-Data de Autorização 06/09/24	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 12936061	7-Data Validade da Senha 05/11/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202511322370001404	9-Plano DENTAL PRIME	10-Empresa SUPERMERCADO SUPERPAO	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000823154402
13-Nome ALESSANDRO MACARINI ARAUJO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA GRAF ARAUJO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIOCEF	18-Número no CRO 8557	19-UF SC	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13720246000180	22-Nome do Contratado Executante RADIOCEF RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 8557	24-UF SC	25-Código CNES 7258399
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA SCHLEMM		27-Número no CRO 8557	28-UF SC	29-Código CBO S 09

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (42) 998219574, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: 15 De Novembro, 64, 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-	9481000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	177,00	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 177,00		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 _/_/__/__/_/
---	---	---	---