



1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 7 / 2 2	4-Data de Autorização 1 4 / 0 7 / 2 2	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 10127612	7-Data Validade da Senha 1 2 / 1 0 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

10127612

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 8 6 0 3 7 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano DENTAL ESSENCIAL	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira 3 1 / 0 5 / 2 6	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703405287338711
13-Nome BRUNA LIMA MACHADO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SUELLEM LIMA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FASCIO RADIOLOGIA	18-Número no CRO 14179	19-UF RS	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 7 5 2 7 5 2 0 0 0 1 4 9	22-Nome do Contratado Executante FASCIO RADIOLOGIA CIRURGIOES DENTISTAS	23-Número no CRO 14179	24-UF RS	25-Código CNES 7408064
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE DE OLIVEIRA BRIDI		27-Número no CRO 14179	28-UF RS	29-Código CBO S 09

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (51) 992491757, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Jose Montaury, 322, CENTRO, GUAIBA

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 5 9 , 0 0	0 , 0 0	, 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 1 5 9 , 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 / /
--	--	--	--