



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



13501645

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 06/02/25	4-Data de Autorização 06/02/25	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 13501645	7-Data Validade da Senha 07/04/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202552723200011803	9-Plano DENTAL AMPLO DOC	10-Empresa SERCOMTEL S.A. -	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003019782001
13-Nome VINICIUS RICARDO DA SILVA		14-Telefone (44) 3228-0789	15-Nome do titular do plano PAULO RICARDO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTAL X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 14926	19-UF PR	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08995311000140	22-Nome do Contratado Executante RADIOLOGIA DENTAL X LTDA ME	23-Número no CRO 14926	24-UF PR	25-Código CNES 6330568
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARIA VICENTIN FANHANI LOPES		27-Número no CRO 14926	28-UF PR	29-Código CBO S 09

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (44) 32741294, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Jose Bonifacio, 1280, JARDIM

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-	9481000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	35,00	0,00		S	/		
3-	9481000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	35,00	0,00		S	/		
4-	9481000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	35,00	0,00		S	/		
5-	9481000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	35,00	0,00		S	/		
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 317,00	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 _/_/___/___
--	--	--	--