



12568150

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 06/06/24	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 12568150	7-Data Validade da Senha 05/08/24
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025113200200001701	9-Plano DENTAL PRIME	10-Empresa SUPERMERCADO SUPERPAO	11-Data Validade da Carteira 28/05/28	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700805490269585
13-Nome JOSIANE STADLER	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSIANE STADLER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante D-MAX ODONTO	18-Número no CRO 15196	19-UF PR	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09583929000165	22-Nome do Contratado Executante VVT - RADIOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 15196	24-UF PR	25-Código CNES 6010148
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA PRESTES VIRMOND TRAIANO		27-Número no CRO 15196	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-	94345	DOC ORTODONTICA "A"			1	776,00	139,68		P	/ /		
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 776,00	47-Valor Total R\$ 139,68	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 / /
--	--	--	--