



Registro ANS 406414 3 Data de Emissão da Guia 31/10/2014 4 Data de Autorização 05/10/2014 5 Semáforo AUTORIZADO 6 Número da Guia Principal 12785696 7 Data Validade da Semáforo 29/10/2014

Dados do Beneficiário

8 Número da Carteira 0020250899900032801 9 Plano POS REDE PRESTADORA

10 Empresa WEILLER CONSTRUCAO CIVIL

11 Data Validade da Carteira

12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome JOCEMAR ASSMANN

03/10/1972

14 Telefone

15 Nome do titular do plano JOCEMAR ASSMANN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 Atendimento a RH 17 Nome do Profissional Solicitante JULIANA MOREIRA BILINSKI LEITE

18 Número no CRO 19798

19 UF PR

20 Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21 Código no Operadora / CNPJ / CPF 004554503909 22 Nome do Contratado Executante JULIANA MOREIRA BILINSKI LEITE

23 Número no CRO 19798

24 UF PR

25 Código CNES

Enviar - RX (I) 81000405

26 Nome do Profissional Executante JULIANA MOREIRA BILINSKI LEITE

27 Número no CRO 19798

28 UF PR

29 Código CBO S

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	00081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	0,00	0,00		06/03/24		
2	00081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00		06/08/24		
3	00081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	0,00		06/08/24		
4	00081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00		06/05/24		
5	00081000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1	14,00	0,00	0,00		06/08/24		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43 Data Previsão Término do Tratamento 06/08/24 44 Tipo de Atendimento 2 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência

45 Tipo de Faturamento 1 1 Total 2 Parcial

46 Total Quantidade US 134,00

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 06/08/24 51 Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 06/08/24 52 Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 06/08/24 53 Data, local e Carimbo da Empresa 06/08/24