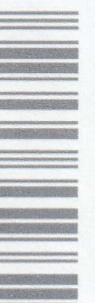


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



1. Registro ANS 406414 3. Data de Emissão da Guia 12/11/08 4. Data de Autorização 12/11/08 5. Sentença AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 12864504 7. Data Validade da Sentença 11/9/11 8. Data Validade da Carteira 11/11/12

8. Número da Carteira 000202508989900010304 9. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa WEILLER CONSTRUCAO CIVIL 11. Data Validade da Carteira 11/11/11 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome GABRIEL RODRIGUES FARIA 14. Telefone () 00000000 15. Nome do titular do plano MARIO CESAR FARIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 04554503909 22. Nome do Contratado Executante JULIANA MOREIRA BILINSKI LEITE

26. Nome do Profissional Executante JULIANA MOREIRA BILINSKI LEITE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

18. Número no CRO 19798 19. UF PR 20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 23. Número no CRO 19798 24. UF PR 25. Código CNES 27. Número no CRO 19798 28. UF PR 29. Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Registo	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- 0 0 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,810,00	0,00		S		21/08/24	Gabriel
2- []												
3- []												
4- []												
5- []												
6- []												
7- []												
8- []												
9- []												
10- []												
11- []												
12- []												
13- []												
14- []												
15- []												

43. Data Previsto 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 7,810,00 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 arcar com os custos previstos no 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 21/10/24 51. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 21/11/08/24 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/24 Gabriel R. Faria 53. Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/24