



10159996

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 7 / 2 2	4-Data de Autorização 2 2 / 0 7 / 2 2	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 10159996	7-Data Validade da Senha 2 0 / 1 0 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 8 7 2 1 9 0 0 0 9 4 2 0 2	9-Plano SUPERIOR	10-Empresa SEPAC SERRADOS E PASTA DE	11-Data Validade da Carteira 1 6 / 0 6 / 1 9	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706000856087940
13-Nome WELLYNTON RICARDO DE SOUZA OTPECH 12/12/2002		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLAILTON JOSE OTPECH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIOCEF	18-Número no CRO 8557	19-UF SC	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 7 2 0 2 4 6 0 0 0 1 8 0	22-Nome do Contratado Executante RADIOCEF RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 8557	24-UF SC	25-Código CNES 7258399
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA SCHLEMM		27-Número no CRO 8557	28-UF SC	29-Código CBO S 09

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (42) 998219574, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: 15 De Novembro, 64, CENTRO, PORTO UNIAO

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 / /
--	--	--	--