



3-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 14/12/11	4-Data de Autorização 10/7/10 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8457234	7-Data Validade da Senha 10/6/10 17/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

516772
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202510506007207011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ELZA DE CAMARGO BOIANOSQUI	20/01/1958	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELZA DE CAMARGO BOIANOSQUI
---------------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA BRAZIL IMAGEM LINS LTDA	18-Número no CRO 112010	19-UF SP	20-Código CBO S 09	2025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 8100405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 272158914854	22-Nome do Contratado Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR	23-Número no CRO 112010	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR	27-Número no CRO 112010	28-UF SP	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
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			10/04/2011		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confiro a presente autorização, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrati. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) em meu estabelecimento 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CELOIS P. R. JUNIOR
 Radiologista
 112010

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---