



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 12/12/10 4-Data de Autorização 10/09/11 12/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8132132 7-Data Validade da Sentença 10/09/10 13/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1001201250147379000882013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ACBI ASSOCIACAO CRISTA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome HANNAH GELBHAR OKAMOTO

09/08/2012

() -

15-Nome do titular do plano ALEXANDRE OKAMOTO

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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1212158914854 22-Nome do Contratado Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR 23-Número no CRO 112010 24-UF SP 25-Código CNES 11000405 26-Nome do Profissional Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR 27-Número no CRO 112010 28-UF SP 29-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde	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	811000405			1	78,10	0,00		S	11/11/12		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	78,10	0,00								

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(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

49-Observação

Cirurgião - Dentista

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 Cartão da Empresa