



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011 4-Data de Autorização 11/08/2011 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8600767 7-Data Validade da Santa 16/08/2011

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0020215105506009967003 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 MIRELLA LARANJEIRA NAVARRO 02/01/2002 14-Telefone (14) 35236357 15-Nome do titular do plano MARIA DE FÁTIMA SERCHIARI LARANJEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA BRAZIL IMAGEM LINS LTDA 18-Número no CRO 112010 19-UF SP 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127258914854 22-Nome do Contratado Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR 23-Número no CRO 112010 24-UF SP 25-Código CNES (I) 81000405 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-Anl	40-Data de Realização	41-Motivo da Cioss	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			15/05/2011		
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 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\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, informo que estou de acordo com a execução do tratamento, comprometendo-me a 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) em conformidade com o plano de tratamento aprovado 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 11/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/05/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/05/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa