



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



434340
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2017	4-Data de Autorização 10/11/2017	5-Sintra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8116940	7-Data Validade da Sintra 10/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Nome do Cartão 010120215047379000882021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACBI ASSOCIACAO CRISTA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2017	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ADRIANE GELBHAR OKAMOTO	14-Telefone (11) 11111111	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 CRO S 09	205 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27258914854	22-Nome do Contratado Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR	23-Número no CRO 112010	24-UF SP	25-Código CNES (1) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR		27-Número no CRO 112010	28-UF SP	29-Código CRO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Folha	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Molho	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Glisa	42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7	8,00	0,00			19/12/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão 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\$							
11/11/17	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Franquia	78,00	10,00								

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 contrato.

49-Operação

Adair Trapiche Junior
Cirurgião - Dentista
Radiologista

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