

2-N⁺552537
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/05/2011	4-Dia de Autorização 11/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8591251	7-Dia Validade da Senha 13/08/2011
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira	9-Pino	10-Empresa	11-Dia Validade da Carteira	12-Número do Cartão N
0 0 2 0 2 5 3 3 5 1 5 4 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	1 1 / 1 1 / 1	

13-Nome ADAILTON DE SOUSA	14-Platone () - () 	15-Nome do titular do plano ADAILTON DE SOUSA
------------------------------	-----------------------------	--

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

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CMES
2 7 2 5 8 9 1 4 8 5 4	ADAIR TRAPICHE JUNIOR	112010	SP	
26-Nome do Profissional Executante				
ADAIR TRAPICHE JUNIOR				
27-Número no CRO		28-UF	29-Código CRO S	
112010		SP		

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régulo	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação RS	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Gênes	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00	0,00	511	5/10/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Prevista Término de Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantitativo US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

19-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme forma apresentada, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Devido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foliofram realizado(s) em caráter consultivo 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.

Assinatura do Paciente: **Adriano**
Assinatura do Profissional: **Dr. SP 112090**
Assinatura do Operador: **Dr. SP 112090**

51-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
11/11/11	15/10/11	11/10/11	11/11/11
			

concluida