



Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12 7 7 1 3 2 1 8 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		
18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S
23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES
27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

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\$
1	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
2	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
3	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
4	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
5	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
6	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
7	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
8	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
9	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
10	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
11	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
12	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
13	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
14	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
15	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
16	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
17	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
18	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
19	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
20	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
21	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
22	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
23	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
24	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
25	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
26	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
27	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
28	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
29	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
30	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
31	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
32	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
33	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
34	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
35	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
36	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
37	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
38	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
39	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
40	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
41	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
42	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
43	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
44	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
45	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
46	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
47	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
48	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
49	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
50	1/1	1	1	1	1	1	0,00	0,00
51	1/1	1	1					

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/foram 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 previstos em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	30/11/2010	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	30/11/2010	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	30/11/2010	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	30/11/2010	 Dr. Anderson L. Felício Clínico Geral