

454360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia 1 5 0 0 1 2 1	4-Data de Autorização 1 5 0 1 1 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8198534	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 4 / 2 1
----------------	--	--	------------------------------	---------------------------------------	---

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira	0	0	1	2	0	2	5	0	8	8	3	5	0	0	0	2	6	5	4	0	1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA																				
10-Empresa	MADERO COMERCIO DE																				
11-Cidade Validada em Carteira																					
15-Nome do titular do plano																					

ELIEI DE BARROS CAMARGO

14-Telephone () - - - - -

ELIEL DE BARROS CAMARGO

025 -

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código do CRO
N	ANDERSON COITINHO FELICIO	14941	SC	025 - Faturar Empresa

Enviar - RX
(IF) 85200158-36

23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
14941	SC	

Enviar - RX

(F) 85200158-36

22-**Nome do Contratado Executante**
ANDERSON COUTINHO FELICIO

23-Número no CRU	14941	24-UF	SC	25-Código único	
			Enviar - RX		
			(F) 85200158-36		

SC

	90 Aut	40 Data
90 Aut	90 Aut	40 Data

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	34. Escro	35. Ord	36. Quantidade US	37. Valor	38. Frônqui/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data
	34. Escro	35. Ord	36. Quantidade US	37. Valor	38. Frônqui/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

[illegible]

43-Data Previsão	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
		1 1 4 Total 2 Especial	5 3 3 1 0 0	

4- Tipo de Atendimento

☐ / ☐ / ☐ ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiográfico 3-Unidade(s) 4-Paciente com ou sem garantia

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 devidos pelo(s) procedimento(s) descrito(s) acima, conforme previsto em contrato.

49. Observação

4500000

A graph showing two curves, one solid blue and one dashed blue, plotted against a horizontal axis. The solid curve starts at approximately (0, 1.8), dips slightly, then rises to about (1.5, 2.2) before decreasing. The dashed curve follows a similar path but remains below the solid curve throughout. Both curves appear to approach zero as x increases beyond 2.5.

53-Data, local e Carimbo da Empresa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/15/2011	11/21/11
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/15/2011	11/21/11
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/15/2011	11/21/11

Associação de Beneficiários / Beneficiário

Dr. H. C. Brown

15/01/21