



2-N°

311580
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/10 05/11/2010	4-Data de Autorização 01/09/10 15/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7550946	7-Data Validade da Senha 01/06/10 08/11/2010
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 0 9 7 8 4 0 0 1 0 4 4 7 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO CARLOS MULLER	03/06/1987	14-Telefone (14 71) 3 3 4 4 1 3 8 4	15-Nome do titular do plano DIEGO CARLOS MULLER	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1271711323281811	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible][illegible]

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 conforme previsto em contrato.

49-Observação

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
30/05/2010 Dr. Anderson Costa Clínica Geral	30/05/2010 Dr. Anderson Costa Clínica Geral	30/05/2010 Dr. Anderson Costa Clínica Geral	30/05/2010 Dr. Anderson Costa Clínica Geral