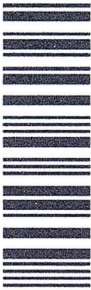




2-Nº



321782
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/10 06/12/01	4-Data de Autorização 11/01/06 12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7620480	7-Data Validade da Sentença 01/06/10 09/12/01
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0101202505682500018501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SAPORITI DO BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

JOAO MARTINIANO FONSECA DA ROCHA

[illegible]

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 025 - Estrutura Empresa
--------------------------	---	----------------------------------	--------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1277113232818	ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941	SC	

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S
--	----------------------------------	--------------------	-----------------

14. Medical Director

[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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:	16/10/2011	16/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	16/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)	16/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa	16/10/2011
Dr. Anderson C. Felício Clínica Geral CRO-SC 14.941								