



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

[illegible]

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 / 1 0 4 / 1 2 0 1	4-Data de Autorização 2 2 / 1 0 4 / 1 2 0 1	5-Sertha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7518105	7-Data Validação Sertha 1 9 / 1 0 7 / 2 0 1
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

307166
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 5 8 2 9 0 0 0 5 4 0 1	10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI	11-Data Validade da Carteira _/_/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name ANTONIO CARLOS CORDEIRO	17/07/1974	14-Telefone (__)() ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS CORDEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-U.F	20-Código CBO S						
ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941	SC							
16-Atendimento a RN	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Excusante	23-Número no CRO						
N	1271711312321811	ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941						
26-Nome do Profissional Excusante	27-Número no CRO	28-U.F	29-Código CBO S						
ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941	SC							

[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(s) procedei(m) a(s) assinatura(s) acima, e por mim assinado(s), foliaram tratado(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, com o entendimento de que os custos contratados não serão cobrados pelo profissional contratado.

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 Contribuição da Empresa	Dr. Anderson C. Batista Clínico Geral CRM-SP 12.949
	25/11/2010	23/10/2010	25/11/2010	25/10/2010	