



308259
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão do Guia 12/04/2016		4-Data de Autorização 13/04/2016		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7526265		7-Data Validade da Semana 12/03/2017	
8-Número da Carteira 1002102521941179100003203		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO RIOMAR		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JULIA OLIVEIRA ROTTER		14-Telefone 16/02/2016		15-Nome do titular do plano GABRIELA SILVA DE OLIVEIRA		16-Telefone					
17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO		18-Número no CRO 14941		19-UF SC		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CIPJ / CPF 1217113232818		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	
23-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		24-UF SC		25-Código CNES		26-Número no CRO 14941		27-UF SC		28-Código CBO S	
29-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO		30-UF SC		31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Data/Região 34-Face 35-Ord 36-Quantidade US 37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização		41-Moeda da Guia 42-Assinatura	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Data/Região		34-Face		35-Ord	
36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Moeda da Guia	
42-Assinatura											
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11111314100		0000		10101		10101	
2-00084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		11111712100		0000		10101		10101	
3-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
4-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
5-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
6-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
7-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
8-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
9-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
10-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
11-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
12-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
13-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
14-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
15-00000000000				11111111111		11111		11111		11111	
43-Data Prevista 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\$	
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		111061010		111010101		111111111	

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) 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: **ANDERSON C. FELICIO**
10/02/2016
Cirurgião Geral
CRO 6.449.912

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: **ANDERSON C. FELICIO**
10/02/2016
Cirurgião Geral
CRO 6.449.912

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **GABRIELA SILVA DE OLIVEIRA**
10/02/2016
GABRIELA SILVA DE OLIVEIRA
CRO 6.449.912

53-Data, local e Carimbo da Empresa: **D. Anderson C. Felicio**
10/02/2016
Cirurgião Geral
CRO 6.449.912