



2-Nº

1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	12/3/10 6/12/01
4-Data de Autorização	12/3/10 6/12/01
5-Sintha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7654728
7-Data Validade da Sintha	12/1/10 9/12/01

8-Número da Carteira 0 0 0 2 0 2 5 2 7 2 2 0 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GEOVANE BRAGA DA SILVA	(11) 1111111111	GEOVANE BRAGA DA SILVA
23/09/1987		

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 - Estatístico Econômico
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (1) 83000421-
--	----------------------------------	--------------------	--

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

Plano de Tratamiento / Procedimientos 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(ram) 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. Observacio

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	18/11/2017	18/11/2017	18/11/2017
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	18/11/2017	18/11/2017	18/11/2017
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	18/11/2017	18/11/2017	18/11/2017
53-Data, local e Carimbo da Empresa	18/11/2017	18/11/2017	18/11/2017

Dr. Anderson C. Polício
Clínico Geral

Mr Anderson C Pollock

Dr. Hildebrand, Editor
Chicago, Ill.

Chloroform