



2-Nº



432301 INTERC

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
8108987

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
07/01/2011

3-Data de Emissão da Guia

I-Registro ANS

Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 0 1 9 9 4 0 0 0 5 3 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 9	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
			14-Telefone _ _ _ _ _	15-Nome do titular do plano AL ESSANDRA AL VES CRISTANI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tránsito		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
16-Atendimento a RN		ANDERSON COUTINHO FELICIO		14941		SC			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES	
121771131232818111		ANDERSON COUTINHO FELICIO		14941		SC			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S			
				14941		SC			

[illegible][illegible]

_____/_____/_____

☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Cronobiologia 4-Origen e Evolução da Genética

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 devidos pelo(s) procedimento(s) realizado(s), comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/07/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/07/2011	Dr. Anderson C. Ribeiro Clínico Geral CRG 52.14.943
---------------	---	---	---	---	---