



## 2-Nº

318186  
INTERCÁMBIO

|                          |                                                |                                           |                       |                                       |                                                |
|--------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/9/10 5/1/2 0 1 | 4-Data de Autorização<br>13/01/05 1/2 0 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7600271 | 7-Data Validade da Senha<br>12/17/10 8/1/2 0 1 |
|--------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|

### Dados do Beneficiário

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

13-**Nome**  
**ALINE CALCADA PERES**

|                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| 13-Name                     | ALINE CALCADA PERES |
| 14-Telephone                | ( ) - - - - -       |
| 15-Name do titular do plano | ALINE CALCADA PERES |

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                                  |                                                               |             |                           |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| 16-Adendo a RN<br>N                                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO | 18-Número no CRO<br>14941                                     | 19-UF<br>SC | 20-Código CBO S           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>12177113123128181111     |                                                                  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO |             | 23-Número no CRO<br>14941 |
| 24-UF<br>SC                                                     |                                                                  | 25-Código CNES                                                |             |                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO |                                                                  | 27-Número no CRO<br>14941                                     | 28-UF<br>SC | 29-Código CBO S           |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

|                        |                                             |                                         |                               |                                                    |
|------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US\$<br>1 1 2 2 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 0 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0 0 0 0 |
|------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|

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.

49-Observação

|                                                   |                                                   |                                                           |                                     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
| 17/10/2017                                        | 17/10/2017                                        | 17/10/2017                                                | 17/10/2017                          |
| <i>[Assinatura]</i>                               | <i>[Assinatura]</i>                               | <i>[Assinatura]</i>                                       | <i>[Assinatura]</i>                 |