



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 14/12/10	4-Data de AutORIZAÇÃO 12/7/10 14/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7528988	7-Data Validade da Senha 12/6/10 17/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120121511158121900017120121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ARLETE DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VENICIO COSTA
----------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RPID
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12177113123128118	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1.	00	840101918			1	35	10,00		1	30/10/12		
2.	00	840101918			1	35	10,00		1	30/10/12		
3.	00	840101918			1	35	10,00		1	30/10/12		
4.	00	840101918			1	35	10,00		1	30/10/12		
5.	00	810101310			1	34	10,00		1	30/10/12		
6.	00	810101421			1	14	10,00		1	30/10/12		
7.	00	810101218			1	22	10,00		1	30/10/12		
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2110,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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) 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2012 Dr. Anderson C. Felício Clínico Geral CRO-SC 14941	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2012 Dr. Anderson C. Felício Clínico Geral CRO-SC 14941	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2012 Celso da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---