



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 8/12/01 4-Data de Autorização 12/7/10 8/12/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50187246 7-Data Validade da Sentença 12/5/11 11/12/01

365169
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010370000010949014 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome

JOSE MARCOS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL DE MELO MENDES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011438029683 22-Nome do Contratado Executante DANIEL DE MELO MENDES

26-Nome do Profissional Executante DANIEL DE MELO MENDES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

18-Empresa IBBCA CRN 25729 14-Teléfono () 15-Data Validade da Carteira 12/5/11 11/12/01 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 16-Número no CRO 42797 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100218 (1) 81000421-R11 (1) 85100218 23-Número no CRO 42797 24-UF RJ 25-Código CNES (1) 85100200 (1) 81000421-R11 (1) 85100218 27-Número no CRO 42797 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 85100218

30-Índice	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-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	0851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	8,80	0,00	0,00				
2-00	0811000421	RX PERIAPICAL	RME		1	14,00	0,00	0,00				
3-00	0851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	31	VIL	1	12,20	0,00	0,00				
4-00	0851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	VIL	1	12,20	0,00	0,00				
5-00	0811000421	RX PERIAPICAL	R11		1	14,00	0,00	0,00				
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 360,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Daniel de Melo Mendes
 Endodontista
 Clínico Geral
 CRO-RJ 42.797