



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/1991	4-Data de Autorização 01/03/1991	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188995	7-Data Validade da Sentença 10/12/12
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

8-Número da Carteira 01037994058400882	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRASIL USA BRASIL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70980808593398
---	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---

13-Nome CAIO MARCIO BELLEGARD	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAIO MARCIO BELLEGARD
----------------------------------	----------------------	--

16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL DE MELO MENDES	18-Número no CRO 42797	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNU / CPF 011438029683	22-Nome do Contratado Exatante DANIEL DE MELO MENDES	23-Número no CRO 42797	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Exatante DANIEL DE MELO MENDES	27-Número no CRO 42797	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8,00	0,00		S			
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00		S			
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 102,00	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 Cirurgião-Dentista 10/03/1991	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 03/09/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

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

Caio Marcio Bellegard
/ /