



365394
 INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/7/10 8/12/0 4-Dia de Autoração 12/7/10 8/12/0 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50187381 7-Dia Validade da Série 12/5/11 1/12/0

Dados do Beneficiário

8-Almôndo da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 2 7 8 8 2 7 2 4 9-Pino POS REDE PRESTADORA 10-Empresa LANE FERREIRA KRO 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004847567058

13-Nome ANTONIA FERREIRA KROPF E VINHA 02/05/2002 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LANE FERREIRA KROPF

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL DE MELO MENDES 18-Número no CRO 42797 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10114380219883 22-Nome do Contratado Execuinte DANIEL DE MELO MENDES 23-Número no CRO 42797 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (0) 81000421-

26-Nome do Profissional Execuinte DANIEL DE MELO MENDES 27-Número no CRO 42797 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	10,0		0,0	0		S
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	0,0		0,0	0		S
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	0,0		0,0	0		S
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	0,0		0,0	0		S
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	0,0		0,0	0		S
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		26	0	6,1	10,0		10,0	0		S
7-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		27	0	6,1	10,0		10,0	0		S
8-0	0	RX PERIAPICAL		1		1,4	0,0		10,0	0		S
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1/1/1/1/1/1/1	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcela	310,00	0,00								

Decisão, 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. Decido, 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

Dr. Daniel de Melo Mendes

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

CRO-RJ 42.797