



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/9/11 01/12/10 4-Data de Autorização 11/9/11 01/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50199973 7-Data Validade da Senha 11/7/10 11/12/11

398720
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01013791940160378244 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALVIDA COMAER 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 709608638665779

13-Nome CAIO LUCIO MONTEIRO SALES 09/06/1967 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano CAIO LUCIO MONTEIRO SALES

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 011438029683 22-Nome do Contratado Executante DANIEL DE MELO MENDES 23-Número no CRO 42797 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421

26-Nome do Profissional Executante 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101810000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00				S	
2-0101810000421		RX PERIAPICAL			1	14,00	0,00				S	
3-0101851000056		CURATIVO DE DEMORA EM			1	8,00	0,00				S	
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 Prevista 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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	58,00	0,00								

Declara, 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. Declino, ainda que o(a) procedimento(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 Endodentista Clínico Geral 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

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