



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/13/10 9/12/0 4-Dia de Autorização 10/3/10 9/12/0 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50189138 7-Dia Validade da Santa 10/2/11 12/12/0

369529
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 10/03/79 9-9 4 0 5 8 4 0 0 8 8 2 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Empresa BRASIL USA BRASIL 12-Telefone () - - - - - 13-Dia Validade da Carteira / / 14-Número do Cartão Nacional da Saúde 709808085931398

15-Nome CAIO MARCIO BELLEGARD

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 10/14/38 0 2 9 6 8 3 22-Nome do Contratado Executante DANIEL DE MELO MENDES 23-Número no CRO 42797 24-UF RJ 25-Código CNES 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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S			
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S			
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S			
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S			
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia 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 1140,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchia / 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(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
Dr. Daniel de Melo Mendes
Endodontista
Clínico Geral
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/13/10 RJ 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/13/10 RJ 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/13/10 RJ 53-Dia, local e Assinatura da Empresa

CRO RJ 42.797