



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08	4-Data de Autorização 12/01/08	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185532	7-Data Validade da Serina 11/8/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000027882716	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LIANE FERREIRA KRO	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 898004850295721
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome DANIELA FERREIRA KROPF E VINHA	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano LIANE FERREIRA KROPF
---	----------------------	---

16-Atendimento a RM 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 / CNPJ / CPF 01438029683	22-Nome do Contratado Exatante DANIEL DE MELO MENDES	23-Número no CRO 42797	24-UF RJ	25-Código ONES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exatante 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-Dentist/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Menor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00	0,00		S			
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00	0,00		S			
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00	0,00		S			
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00	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-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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. 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 1/1/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/08/2008	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/03/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/11
---	---	---	---

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

360610
INTERCAMBIO