



1-Registro ANS 406414	3-Dia da Emissão da Guia 12/11/09/12/01	4-Dia de Autorização 12/11/09/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198045	7-Dia da Validade da Sentença 12/01/12/12/01
--------------------------	--	--	--------------------------	--	---

379606
INTERCÂMBIO

8-Alfabeto da Carteira	0 0 3 7 0 0 0 0 0 3 0 8 9 9 3 8 1
9-Pleno	
10-Empresa	IBBCA CRP 25760
11-Dia Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	708604539105188

13-Nome ANNA DE ABREU BEZERRA	30/10/1991
14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano CLAUDIA COSTA BAPTISTA DE ABRE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL DE MELO MENDES
18-Número do CPO 42797	19-UF RJ
20-Código CBO S 801 - Educação Especial	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF													
0	1	4	3	8	0	2	9	6	8	3			
22-Nome do Contratado Excelente													
DANIEL DE MELO MENDES													
23-Número no CRO													
42797													
24-UF													
RJ													
25-Código CNES													
Faturar Empresa													
Enviar - RX													
(01) 81000421-													

26-Nome do Profissional Escutante	DANIEL DE MELO MENDES		
27-Número no CRO	42797	28-Uf	RJ
29-Código CBO S	(1) 8100421-		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
30- Tabela	
31- Código do Procedimento	
32- Descrição	
33- Dente/Região	
34- Faixa	
35- Qtd	
36- Quantidade US	
37- Valor	
38- Franquia/Co-participação R\$	
39- Aut	
40- Data de Realização	
41- Motivo da Glosa	
42- Assinatura	

[illegible][illegible][illegible]

PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE
6-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	1 3 5 0 0 0 0 0 0 0
PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE
6-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	1 3 5 0 0 0 0 0 0 0

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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-Orthodontia 4-Infraestrutura Emergência	1-Total 2-Parcial	12021001	010001	

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 avar com os custos previstos em Decisão, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(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 para o(s) procedimento(s) realizado(s) (foliograma realizado).

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Nome	Matrícula	Assinatura	Data
Dr. Paulo de Melo Mendes			

53-Data, local e Assinatura do Dirigente-Economista	<u> </u>
53-Data, local e Assinatura do Dirigente-Financieiro	<u> </u>
53-Data, local e Assinatura do Dirigente-Administrativo	<u> </u>
53-Data, local e Assinatura do Responsável	<u> </u>

CRO-RJ 42.797