



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/2017 4-Data de Autorização 12/12/2017 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50178338 7-Data Validade da Sentença 12/01/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000370000022632037 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Data Validade da Carteira 12/12/2017 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700308953283940

13-Nome EDSON SEGAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL DE MELO MENDES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 001438029683 22-Nome do Contratado Executante DANIEL DE MELO MENDES

26-Nome do Profissional Executante DANIEL DE MELO MENDES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00				
2-00	081000421	RX PERIAPICAL		1		14,00		0,00				
3-00	085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO		1		53,00		0,00				
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 581,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) 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 Tratado 12/12/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/12/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO-RJ 42.797

343695
INTERCÂMBIO