



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/11/11/210	4-Data de Autorização 10/3/11/11/210	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203396	7-Data Validade da Serião 10/11/10/12/1/211
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 010379191406215684311	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional da Saúde 702802193255265
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome VERA LUCIA DE ANDRADE TEIXEIRA	11/04/1946	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROBERTO WOYAMES DO NASCIMENTO
---	------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	18-Número no CRO 15486	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / ONOJ / CPF 01011410248706	22-Nome do Contratado Exequente KYRIA SPYRO SPYRIDES	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exequente KYRIA SPYRO SPYRIDES	27-Número no CRO 15486	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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-Medico da Guia	42-Assinatura
1-0	018110002194	LEVANTAMENTO		1	1	21210101	010101			15/04/11/20		
2-1												
3-1												
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 11/11/11	44-Tipo do Atendimento ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☒ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12121010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	------------------------------------	------------------------------	---

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(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 Reclamação na guia online no campo "incluir imagem".	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/4/11/11/20 K.S	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/11/20 Vera L. Teixeira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/4/11/11/20 Radiológica Copa 500
---	---	--	---	---