

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



315412
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/11/2015 4-Data de Autorização 12/11/2015 5-Data de Autorização 12/11/2015 6-Número da Guia Principal 50163702 7-Data Validade da Guia 11/09/2018 8-Data Validade da Guia 11/09/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101037000000115408755 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CHALOM HOLPERIN 21 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700006704804301

13-Nome CHALOM HOLPERIN 14-Telefone (11) 19041949 15-Nome do titular do plano CHALOM HOLPERIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA 17-Plano 18-Número no CRO 15486 19-UF RJ 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010114002487016 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 23-Número no CRO 15486 24-UF RJ 25-Código CNES (1) 81000405 26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 27-Número no CRO 15486 28-UF RJ 29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Foco	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Meio de Acesso	42- Assinatura
1-10	081000294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00	0,00	1121,05	11/05/20			
2-10	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00	1121,05	11/05/20			
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 12/11/2015 44-Tipo de Atendimento 12 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 3010,00 47-Valor Total R\$ 1010,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1121,05

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-Operação

pedido anexado na solicitação da guia online, no campo "Inclusão Imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2015/20 Radiológica Copa 500 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2015/20 Clínica Odonto Radiológica Copa 500 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2015/20 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/2015/20 Clínica Odonto Radiológica Copa 500

Radiológica Copa 500
 CRO RJ 287

Clínica Odonto
 Radiológica Copa 500
 CRO RJ 287