

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 01/12/10	4-Data de Autorização 10/09/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198038	7-Data Validade da Senha 10/17/10 11/21/11
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701802257355070
8-Número da Carteira 101037701001011231997112			15-Nome do titular do Plano MONIQUE DA SILVA SANTANNA		
3-Nome MONIQUE DA SILVA SANTANNA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES	18-Número no CRO 15486	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10101140248706	27-Número no CRO 15486		28-UF RJ	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela 1-01081000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Fase 1	35-Ord 7	36-Quantidade US 8,00
2-					0,00
3-					0,00
4-					0,00
5-					0,00
6-					0,00
7-					0,00
8-					0,00
9-					0,00
10-					0,00
11-					0,00
12-					0,00
13-					0,00
14-					0,00
15-					0,00
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 17,80	47-Valor Total R\$ 0,00
42-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00			
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 pedido anexado no indicativo da guia online no campo "inclui imagem".					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/15/11 18/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/15/11 10/11/20 K.S	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/15/11 10/11/20 Kyriasspyros	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/15/11 10/11/20	54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/15/11 10/11/20	