



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2016 4-Data de Autorização 11/01/2016 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50157445 7-Data Validade da Santa 10/08/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10103751913612510116711051 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/01/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701104355350780

13-Nome GUSTAVO MATOSINHO STIEBLER 22/06/1983 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano KATIA GISELE SOARES MATOSINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição de RN 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 / CNUJ / CPF 101011410248170611 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 23-Número no CRO 15486 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 27-Número no CRO 15486 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêss	42-Assinatura
1-	0101810100294	LEVANTAMENTO		1	1	212100	0,00			11/01/2016		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2016 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1212100 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2016 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2016 Clínica Odonto Radiológica Copa 500 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2016 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2016 Clínica Odonto Radiológica Copa 500

Radiológica Copa 500 CRO RJ 287

Radiológica Copa 500 CRO RJ 287