



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2018	4-Data de Autorização 03/10/2018	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181127	7-Data Validade da Sentia 01/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	--	---

350159
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 037700022717253	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700501302630652
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome

MARIANA BITTENCOURT FERRO COST	03/06/1974	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA ANALLIA MAGALHAES BITTENC
--------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 / CNPJ / CPF 0101402487016	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 Recusa	42-Assinatura
1-0	018100294	LEVANTAMENTO		1	2	2,00	0,00			03/08/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 2-1 Tratamento Odontológico	45-Exame Radiológico	46-Odontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	49-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	49-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 onerado na solicitação da guia online no campo "inclua imagem"

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2018 Clínica Odontológica Copa 500	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2018 Nº 15	53-Data, local e Contribuição da Empresa 10/03/2018 Clínica Odontológica Copa 500
---	--	--	---

RadioLogica
CRO RJ 287

RadioLogica
CRO RJ 287



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/07 12:01	4-Data de Autorização 13/01/07 12:01	5-Sanção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180327	7-Data Validade da Série 12/8/11 01/210
--------------------------	---	---	------------------------	--	--

348368
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10 0 3 7 0 0 0 0 2 2 8 9 1 1 5 6	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004661242973
--	--------------------------------	--------------------------------	--	--

13-Nome DANIELA COHEN BURD	22/03/2012	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIANE COHEN BURD
-------------------------------	------------	----------------------	--

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
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 0 1 1 4 0 2 4 8 7 0 6	22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 8100405
---	--	---------------------------	-------------	--

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-Dentes Regidos	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-0	0	8	1	0	0	4	0	5									
2-																	
3-																	
4-																	
5-																	
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10-																	
11-																	
12-																	
13-																	
14-																	
15-																	
43-Data Previsão Término do Tratamento																	
44-Tipo de Atendimento																	
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência																	
45-Tipo de Faturamento																	
1-Totais 2-Parcial																	
46-Total Quantidade US																	
78,00																	
47-Valor Total R\$																	
10,00																	
48-Valor Franquia / Co-participação R\$																	

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7810	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	--------------------------------	-----------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/4/10/11/20 Clínica Odonto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/4/10/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/4/10/11/20 Clínica Odonto
---	---	--	---

Radiológica Copa 500
CRO RJ 287

Reduzido anexado na solicitação do guia online no campo "incluir imagens".

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 18/12/10	4-Data de Autorização 10/3/10 18/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181063	7-Data Validação da Sentença 10/1/11 11/2/10
--------------------------	---	---	--------------------------	--	---

350066
INTERCAMBIO

8-Número de Carteira 10 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 1 5 9 8 0 0	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLINICA DE OLHOS C	11-Data Validação da Carteira 11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702504329904639
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome SHIRLEY DE OLIVEIRA MATOS	07/07/1990	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SHIRLEY DE OLIVEIRA MATOS
--------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV 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 Enviar - RX (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 10 1 4 0 2 4 8 7 0 1 6	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	

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 Glor	42- Assinatura
1-10	0181004054	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78100	0100	0100	1101410511201				
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	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

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 na solicitação do 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 10/4/10 18/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 18/12/10	53-Data, local e Contínho da Empresa 10/11/10 18/12/10
---	---	--	---

RadioLogica Copa 500
CRO RJ 207

Clinica Odonto

RadioLogica Copa 500
CRO RJ 287



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2018 4-Data de Autorização 10/06/2018 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50182059 7-Data Validade da Sentença 10/04/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994063029062 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa WALTER TRAJANO REP 11-Data Validade da Carteira 10/04/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704607128742923

13-Nome WALTER ANTONIO DE FELIPPI TRAU 22/10/1962 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano WALTER ANTONIO DE FELIPPI TRAU

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 / CNPJ / CPF 100140248706 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-Tabula	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 Glosa	42-Assinatura
1-0	018100294	LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00		S	10/03/2019		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	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 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

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 enviado na radiologia da guia online no campo "inclui imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/2018 Clínica Odonto 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2018 Clínica Odonto 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2018 53-Data, local e Contrato da Empresa 10/04/2018 Clínica Odonto Radiológica Copa 500

Radiológica Copa 500 CRO RJ 287

352347
INTERCAMBIO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2018 4-Data de Autorização 10/06/2018 5-Série AUTORIZADO 50182133 6-Número da Guia Principal 50182133 7-Data Validade da Série 10/04/2019 8-Data Validade da Guia 10/06/2018

352519
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037100010017917371 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FORMULA DA AGUA FI 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708409298664369

13-Nome HUGO RUBINSZTAJN 14-Telefone 28/10/1964 15-Nome do titular do plano HUGO RUBINSZTAJN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento 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 Enviar - RX (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD (I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 001400248706 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES

23-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 24-UF RJ 25-Código CBO S 26-UF RJ 27-Número no CRO 15486 28-Código CBO S (I) 81000375-RPD (I) 81000405

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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000294	LEVANTAMENTO		1	1	2,2	2,2	0,0		10/08/2018		
2-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE- RPE		1	1	4,0	4,0	0,0		10/08/2018		
3-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE- RPD		1	1	4,0	4,0	0,0		10/08/2018		
4-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	8,0	8,0	0,0		10/08/2018		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 2	45-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1	47-Tipo de Faturamento 1	48-Total Quantidade US 3	49-Valor Total R\$ 2,8	50-Total Quantidade US 3	51-Valor Total R\$ 2,8	52-Total Franquia / Co-participação R\$ 0	53-Total Franquia / Co-participação R\$ 0		

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

Pedidos enviados no aplicativo da guia online no campo "incluir imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Assinatura do Responsável

54-Data, local e Assinatura do Responsável

55-Data, local e Assinatura do Responsável

56-Data, local e Assinatura do Responsável

57-Data, local e Assinatura do Responsável

58-Data, local e Assinatura do Responsável

59-Data, local e Assinatura do Responsável

Radiológica Copa 500
CRO RJ 287

Radiológica Copa 500
CRO RJ 287



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2010 4-Data de Autorização 11/11/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50182990 7-Data Validade da Senha 10/09/2011 8-Data Validade da Guia 10/09/2011

354632
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 100377000002267856 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701808271218579 13-Nome SELMA REGINA DE SOUZA ARAGAO C 14-Teléfono () - 15-Nome do titular do plano SELMA REGINA DE SOUZA ARAGAO C 16-Data de Emissão da Guia 07/08/1942

16-Atendimento a 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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100140248706 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 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição LEVANTAMENTO 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 Glosa 42-Assinatura

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 Glosa	42-Assinatura
1-10	0181000294	LEVANTAMENTO				1	1222100	0,00			11/08/2011		
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 Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-Observação

Pedido enviado na solicitação de guia para no campo "Incluir imagem"

Clínica Odonto

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

Radiológica Copa 500
CRO RJ 287



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/11/2018

4-Data de Autorização 11/11/2018

5-Santa AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 50183037

7-Data Validade da Guia 10/09/2019

354734
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 100379994059809954

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa ALIANÇA ADMINISTRADORA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 7043035391797

13-Nome RACHEL LEITE RIBEIRO

11/02/1977

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano RACHEL LEITE RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a 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 Enviar - RX (f) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1001402487016

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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	08100294	LEVANTAMENTO		1	122200	0,00	0,00		11/11/2018			
2-10	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	17800	0,00	0,00		11/11/2018			
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	44-Tipo de Atendimento 2-1 Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$				

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 enviado na solicitação da guia online no campo "inclui imagem"

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Radiológica Copa 500 CRO RJ 287



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	4-Data de Autorização 11/10/2018	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183060	7-Data Validade da Sentença 10/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

354778
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000370000022891164	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700603461191360
--	--------------------------------	--------------------------------	--	--

13-Nome
BRUNA COHEN BURD

18/10/2004

15-Nome do titular do plano
ELIANE COHEN BURD

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00011402487016	22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES
---	--

26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES
--

18-Número no CRO 15486	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
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-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181004051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			20/08/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 enviado na utilização da guia online me sempre "inclua imagem"

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2018/2018 Clínica Odonto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2018/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2018/2018 Clínica Odonto
---	---	--	---

Radiológica Copa 500
CRO RJ 287

Radiológica Copa 500
CRO RJ 287



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 06/07/2019 4-Data de Autorização 06/07/2019 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número do Guia Principal 50181944 7-Data Validade da Sentença 06/07/2020

352126
 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0037000031229851 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa 01 ADMINISTRACAO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70080341137085

13-Nome ROSA MARIA MESQUITA DE SOUZA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ROSA MARIA MESQUITA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU 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 / CNPJ / CPF 000140248706 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 Guise	42-Assinatura
1-0	0810002944	LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00			06/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

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 na avaliação da guia antes me comparei "inclui imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/07/2019 Clínica Odonto Radiológica Copa 500 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/07/2019 Rosa Maria Mesquita de Souza 53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/08/2020 Clínica Odonto Radiológica Copa 500

CRO RJ 287



358656
INTERCÂMBIO

Q

10

41- Motivo da Glosa 42-Assina

8- Total Franquia / Co-participação R\$ _____,00

500

Excluiu o erro da consulta da guia online no campo "incluir imagem".

0 K.S
Clínica Odonto
Copa 500
Radiológica
RJ 287

Clinica Odontológica Copa 500
CRO RJ 287



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/01/08 4-Data de Autorização 12/01/08 5-Série AUTORIZADO 6-Número do Guia Principal 50185406 7-Data Validade da Série 11/01/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100370000018270770 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ESFEROVAL REPRESEN 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700606466086286

13-Nome MANOEL ESCUDEIRO FILHO 14-Telefone 15/10/1965 15-Nome do titular do plano MANOEL ESCUDEIRO FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1001410248706 22-Nome do Contratado Especialista KYRIA SPYRO SPYRIDES 23-Número no CRO 15486 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exercente 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	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1	22200	0,00	0,00		S	25/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
4-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
22200												
47-Valor Total R\$												
0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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 na solicitação da guia online me sempre "incluir imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cópia da Entregada da Odontologia

OdontoLife
Clínica Odontológica Copa 500
Radiologia e CRO RJ 287
CRO RJ 287



360259
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

①

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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- Molho da Cose	42- Assinatura
1	0 0	8 1 0 0 0 4 0 5 +			1	7 8,0 0 0		0,0 0 0				
2	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RPE		1	1 4,0 0		0,0 0 0				
3	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RPD		1	1 4,0 0		0,0 0 0				
4	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RIS		1	1 4,0 0		0,0 0 0				
5	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RII		1	1 4,0 0		0,0 0 0				
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observaçãõ

3 Pedido onerado na solicitação da qual online um campo "incluir imagem".

Clinica Odonto

[illegible]

Clínica Copé 500
Dentista
K55287
R. C. R. 287

CRO RJ 287



1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 12/04/18 4-Dia de Autorização 12/04/18 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50186364 7-Dia Validade da Semha 12/04/18 363046 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037000022211244 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702809170858660

13-Nome ZELIA CAVALCANTI BRAGA

02/03/1935

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano ZELIA CAVALCANTI BRAGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a 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 / CNPJ / CPF 1001140248706 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-Dia de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	08100294	LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00		SI	27/08/20		
2-												
3-1												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dia Provisão Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 3-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

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 prestadora 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 na solicitação da guia online no campo "inclui imagem."

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

Clínica Odonto Radiológica Copa 500 CRO RJ 287