



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



406791
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 12/8/11/10/12/10	4-Data de Autorização 12/8/11/10/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202157	7-Data Validade da Sentença 12/6/10/11/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/03/70/00/00/02/21/01/56/73	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004712595142
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome MARIA DE FATIMA BARRETTO PEREI	13/05/1950	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano MARIA DE FATIMA BARRETTO PEREI
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avantamento a R\$ 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) 81000375-RPD (1) 81000375-RPE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/01/40/24/87/06	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-Franchisa/Co-participação R\$	31-Aut 40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	01	811010294			1	12,12	12,10	0,10	0,10	12/8/11/10/12/10		
2-0	01	811010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,10	10,10	0,10	0,10	12/8/11/10/12/10		
3-0	01	811010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,10	10,10	0,10	0,10	12/8/11/10/12/10		
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franchisa / 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(s) 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.

Pedido anexado ao solicitação da guia online no campo "incluir imagem".

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2011	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2011	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2011	53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2011
--	--	--	--

Clinica Odonto
adotologica Copa 500
CRO RJ 287