



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2019 4-Data de Autorização 11/06/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50191896 7-Data Validade da Senha 11/05/2020

8-Número da Carteira 10103710000328221351 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ESPACO SERVICOS ES 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003928356587

13-Nome SIMONE NOGUEIRA MARQUES RODRIG 04/06/1977 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano SIMONE NOGUEIRA MARQUES RODRIG

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 (1) 81000405 (1) 81000421-

21-Código na Operadora (CNPJ/CPF) 1010140124817106 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 23-Número no CRO 15486 24-UF RJ 25-Código CNES (1) 81000405 (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01811000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7,8	10,0			11/06/2019		500
2-0	01811000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14	10,0			11/06/2019		500
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 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 92100 47-Valor Total R\$ 0,00 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) 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 *pedir anexar no solicitação da 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 11/06/2019 K.S. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2019 Simone Nogueira Marques 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/06/2019 Clínica Odonto Radiológica Copa 500 CRO RJ 287