



|                          |                                             |                                         |                        |                                        |                                           |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/11/10 12:00 | 4-Data de Autorização<br>10/11/10 12:00 | 5-Semana<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50196181 | 7-Data Validade da Guia<br>13/01/12 12:00 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|

387181  
**INTERCÂMBIO**

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira  
 10103710101029733297

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  
 702003329133289

13-Nome  
 MARICRUZ AURELIA FUN SANG CEPE

12/05/1984

14-Telefone  
 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

15-Nome do titular do plano  
 MARICRUZ AURELIA FUN SANG CEPE

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

16-Afastamento a RV  
 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

801 -  
 Faturar Empresa

Enviar - RX  
 (I) 81000405

(II) 81000375-RPD

(I) 81000375-RPE

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF  
 101014102487016

25-Código CNES  
 15486

23-Número no CRO  
 15486

24-UF  
 RJ

26-Código CBO S  
 09

27-Número no CRO  
 15486

28-UF  
 RJ

29-Código CBO S  
 09

**Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados**

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição             | 33-Dente/Região | 34-Fase | 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       | 081010101405              | RADIOGRAFIA PANORÂMICA   |                 | 1       | 1      | 7,8              | 10,0     |                                 |        | 10/10/20              |                    |               |
| 2-0       | 08101010294               | LEVANTAMENTO             |                 | 1       | 1      | 2,2              | 12,0     |                                 |        | 10/10/20              |                    |               |
| 3-0       | 08101010375               | RX INTERPROXIMAL - BITE- |                 | 1       | 1      | 14               | 10,0     |                                 |        | 10/10/20              |                    |               |
| 4-0       | 08101010375               | RX INTERPROXIMAL - BITE- |                 | 1       | 1      | 14               | 10,0     |                                 |        | 10/10/20              |                    |               |
| 5-0       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-0       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-0       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-0       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-0       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-0      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-0      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-0      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-0      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-0      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-0      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                                     |                                                    |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-1-Tipo de Afastamento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência<br>1 | 45-1-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial<br>1 | 46-Total Quantidade US<br>328,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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, compreendendo-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, compreendendo-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<br>11/11/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/10/20 K.S. | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/10/20 [Assinatura] | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|