



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/11/10 12/10 4-Data de Autorização 12/11/10 12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número do Guia Principal 50200645 7-Data Validade da Senha 11/9/10 11/12/11

401099
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994060798219 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 701206096803912

13-Nome RODRIGO DA ROCHA TERRA GRACA 12/01/1977 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano RODRIGO DA ROCHA TERRA GRACA

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 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1001401248706 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-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	08100294	LEVANTAMENTO		1	22200	0,00	0,00			16/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-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 uma solicitação da guia online uma campo "inclui imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/20 K.S. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 K.S. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Kyria Spyro 53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20