



1-Registro ANS 406414
 2-7/10/8/20
 3-Data de Emissão da Guia
 4-Data de Autorização 2/8/10/8/20
 5-Semta AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 50187428
 7-Data Validade da Semta 2/5/11/12/0

8-Numero da Carteira 1003779994060657313
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
 11-Data Validade da Carteira
 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 89800477337709

13-Nome CARLOS ALBERTO MATOS DE ALMEID
 26/09/1956
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO MATOS DE ALMEID

16-Atendimento a RN N
 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA
 18-Numero no CRO 15486
 19-UF RJ
 20-Código CRO S 09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10101402487016
 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES
 23-Numero no CRO 15486
 24-UF RJ
 25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES
 27-Numero no CRO 15486
 28-UF RJ
 29-Código CRO 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-Med	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00		0,00		10/9/2011		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-1												
4-												
5-1												
6-1												
7-												
8-1												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 78,00
 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 onerado na solicitação da guia online no campo "incluindo imagem".*

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 10/11/09/190 K.S.
 52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 10/11/09/190
 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/09/190
Clinica Odonto
Radiológica Copa 500
CRO RJ 287