



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ANº



403427
INTERCÂMBIO

Rev. 10/2013 para placa 8007

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/31/10/12/10	4-Data de Autorização 12/31/10/12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201173	7-Data Validade da Semeta 12/31/10/12/11
--------------------------	---	---	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1001379994106311600110	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EDVALDO PORTELA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706005883279841
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome RENATA CRISTINA COUTINHO FERRE	09/01/1971	14-1 telefone ()	15-Nome do titular do plano EDVALDO PORTELA DE ASSIS
---	------------	----------------------	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Número no CRO 15486	19-UF RJ	20-Código CRO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX		
17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 001140248706	22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CINES (I) 81000405 (II) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES	27-Número no CRO 15486	28-Código CRO S (I) 81000375-RPD (II) 81000375-RPE			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-	01018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,8	10,00			12/11/10	12/10	Recita
2-	01018100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	14	10,00			12/11/10	12/10	Recita
3-	01018100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	14	10,00			12/11/10	12/10	Recita
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prescrição / 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												
1106100												
47-Valor Total R\$												
10100												
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 este 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 no campo "incluir imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/10/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/10/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/10/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/10/10
--	--	--	--

Clinica Odonto
Radiológica Copa 500
CRO RJ 287