



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/14/2019 4-Data de Autorização 15/10/2019 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50191042 7-Data Validade da Sentença 13/11/2020

374502
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0003799994059729373

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade de Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702304165405718

13-Nome ANDREA GONCALVES DE OLIVEIRA

06/10/1973

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do Titular do plano ANDREA GONCALVES DE OLIVEIRA

Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Salvamento a RN N 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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101014024870611111

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-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 Glosa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			12/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 2-Tipo de Atendimento

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(ram) 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

Receido anexo no endereço da guia online no endereço incluído. Imprimir e enviar para Clínica Odonto Radiológica Copa 500 CRO RJ 287

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2019 K.S.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2019

53-Data, local e Carimbo da Empresa Radiológica Copa 500 CRO RJ 287