



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 01/21 4-Data de Autorização 12/06/11 01/21 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50201634 7-Data Validade da Santa 12/04/11 01/21 1

8-Número da Carteira 10103170000280002229 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PROCEM ENGENHARIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707404025553374

13-Nome ITAMAR MOSSO DA SILVA 14-Telefone 17/11/1955 15-Nome do titular do plano ITAMAR MOSSO DA SILVA

16-Atendimento 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 1010114021487006 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 23-Número no CRO 15486 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excitante KYRIA SPYRO SPYRIDES 27-Número no CRO 15486 28-UF RJ 29-Código CBO S

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	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,8100	0,00	0,00		12/11/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantitativo US 7,8100	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) 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: Pedido anexado uma solicitação da guia online no campo "incluir imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/2011 K.S. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2011 K.S. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/10/2011 x 53-Data, local e Contribuinte da Empresa 23/11/2011 Clínica Odonto Radiológica Copa 500 CRO RJ 287