

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2019 4-Data de Autorização 11/11/2019 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50205364 7-Data Validade da Semeta 09/10/2021

416783
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0037000014425389 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa LIZ BRUNNER INDUST 11-Data Validade da Carteira 11/11/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709202266911933

13-Nome CELESTINO ADELINO PAZINATTO 28/02/1950 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano CELESTINO ADELINO PAZINATTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solícitante 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 (1) 81000375-RME (1) 81000375-RMD

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0001401248706 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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0001810004015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7,8	0,0			11/11/2019		
2	0001810002914	LEVANTAMENTO			1	2,2	0,0			11/11/2019		
3	000181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14	0,0			11/11/2019		
4	000181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14	0,0			11/11/2019		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Exame Radiológico 3-Orçonomia 4-Úrgência/Emergência 46-Tipo de Faturamento 47-T-Total 2-Parcial 48-Totais Quantidade US 328,00 49-Valor Total R\$ 0,00 46-Totais 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: *Reclamo onerado na utilização da guia online no campo: "Inclua imagem".*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solícitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa Radiológica Copa 500 CRO RJ 287

Clinica Odonto