



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/01/11 11/20

4-Data de Autorização
11/01/11 11/20

5-Serão
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50205111

7-Data Validade da Senha
10/08/10 12/11

415900
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1003770000030760049

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
VANUZA MONTEIRO CA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700609904582369

13-Nome

VANUZA MONTEIRO CAMPOS POSTIGO

30/06/1968

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
VANUZA MONTEIRO CAMPOS POSTIGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
101011402487016

22-Nome do Contratado Executante
KYRIA SPYRO SPYRIDES

18-Número no CRO
15486

19-UF
RJ

20-Código CBO S
09

801 -
Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 8100421-

(1) 8100421-

25-Nome do Profissional Executante
KYRIA SPYRO SPYRIDES

23-Número no CRO
15486

24-UF
RJ

26-Código CBO S
(1) 8100421-

(1) 8100421-

(1) 8100421-

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 Causa	42- Assinatura
1-10	018100421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	11/01/11	20	x
2-10	018100421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	11/01/11	20	x
3-10	018100421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	11/01/11	20	x
4-10	018100421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	11/01/11	20	x
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/01/11

44-Tipo de Atendimento
21-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
11-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
156,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,00

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 anexado na solicitação da guia online no campo: "Incluir imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/01/11 11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/11 11/20

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/11 11/20

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/11 11/20

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/11 11/20

Clinica Odonto

Radiológica Copa 500

CRO RJ 287