



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2003 4-Data de Autorização 10/07/2003 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50197470 7-Data Validade da Serha 10/04/2011 12/11

8-Número da Carteira 10/03/79 9/9/40 6/5/63 4/2/57 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 10/04/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708609519558981

13-Nome NATHALIA VICTORIA ALVES CAVALC 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano NATHALIA VICTORIA ALVES CAVALC

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA 18-Número no CRO 15486 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Envio: R-X (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421- 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1001401248706 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 23-Número no CRO 15486 24-UF RJ 25-Código CNES (I) 81000421- (I) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 27-Número no CRO 15486 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 81000421- (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$										40-Data de Realização										41-Motivo da Glosa										42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
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	0	8	1	0	0	4	0	5					7	8	10	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

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 ao protocolo da guia online no campo "inclua imagem". 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/20 K.S. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 15/10/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20 Clínica Odonto Radiológica Copa 500