

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/06/11
 4-Data de Autorização 12/06/11
 5-Sentença AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 50201472
 7-Data Validação da Sentença 12/04/11

404370
 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0379994060203150
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa GERALDO ORLANDO PE
 11-Data Validação da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703002880802074

13-Nome CRISTIANE DIELLO GRANVILLE
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano GERALDO ORLANDO PEREIRA DE AGU

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 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 09
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0011401248706
 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES
 23-Número no CRO 15486
 24-UF RJ
 25-Código CNES 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (II) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
 26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES
 27-Número no CRO 15486
 28-UF RJ
 29-Código CBO S

30-1-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	8100405				78,00	0,00			12/06/11		
2-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
3-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
4-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
5-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
6-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
7-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
8-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
9-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
10-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
11-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
12-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
13-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
14-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		
15-0	0	8100375				14,00	0,00			12/06/11		

43-Data Prevista Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento 4-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
 46-Valor Total US 106,00
 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/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-Operatório
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/10 K.S.
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/10 K.S.
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/11/10 GERALDO
 53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/10

Clinica Odonto
 Radiológica Copa 500
 CRO RJ 287