



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2019	4-Data de Autorização 11/11/2019	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205416	7-Data Validade da Seria 09/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000026614998	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IBBCA CRP 25760	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708408251231368
--	--------------------------------	-------------------------------	--	--

13-Nome MARCELO AUGUSTO GONCALVES OROF	09/09/1965	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCELO AUGUSTO GONCALVES OROF
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 001402487016	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008100294	LEVANTAMENTO		1	1	212100	0,00			03/11/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2122100	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.

48-Observação

Pedida anexada na solicitação da guia online no campo: "incluir imagem".

Clinica Odonto

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11/11/2019 K.S	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/3/11/11/2019 Marcelo OROF	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/11/11/2019 Radiologica Copa 500
---	--	---	---

CRO RJ 287