



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 4-Data de Autorização 12/06/11 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50208766 7-Data Validade da Serinha 12/04/10 8-Data Validade da Serinha 12/02/11

428414
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994065458530

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde 703607093629338

13-Nome JESSICA SOUSA DE MACEDO

13/05/1991

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano JESSICA SOUSA DE MACEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solidante 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 / ONPJ / CPF 1001140248706 22-Nome do Contratado Excluído KYRIA SPYRO SPYRIDES

23-Número no CRO 15486

24-UF RJ

25-Código CNES

Enviar - RX
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE

26-Nome do Profissional Excluído KYRIA SPYRO SPYRIDES

27-Número no CRO 15486

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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 Guisa	42-Assinatura
1-00081000294	LEVANTAMENTO			1	1	22,00				10/12/20		
2-00081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1	4,00				10/12/20		
3-00081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1	4,00				10/12/20		
4-11111111111												
5-11111111111												
6-11111111111												
7-11111111111												
8-11111111111												
9-11111111111												
10-11111111111												
11-11111111111												
12-11111111111												
13-11111111111												
14-11111111111												
15-11111111111												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 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) 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: *Pedido anexado na solicitação da guia online no tempo: incluir imagem.*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

Clinica Odonto
Radiológica Copa 500
CRO RJ 287