



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/11 4-Data de Autorização 13/10/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50202702 7-Data Validade da Sentença 12/18/10 8-Data Validade da Guia 12/11

408643
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/03/70 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa KARIME KHAWAJA DE 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 70890570654613

13-Nome MARCELOS LESSA DE RESENDE

05/10/1968

15-Nome do titular do plano KARIME KHAWAJA DE RESENDE

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 000140248706 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 23-Número no CRO 15486 24-UF RJ 25-Código CNES 15486 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-Debite Regio	34-Frete	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	2	9	4			LEVANTAMENTO	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodonta 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 2122100 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchise / 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/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-Assinatura 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2011 53-Data, local e Contrato da Empresa 30/11/2011

Clinica Odonto
Radiológica Copa 500
CRO RJ 287