



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10/09/2010	4-Data de Autorização 10/09/10/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50190086	7-Data Validade da Senha 10/08/11/12/2010
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

37206
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/03/7/0/0/0/0/0/3/1/1/1/9/1/9/3/1/1/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

13-Nome MAURICIA DOS REIS LEANDRO	27/09/1983
--------------------------------------	------------

10-Empresa IBBCA CRP 25760	14-Telefone () - - - - -
-------------------------------	------------------------------

11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705409410924997
-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA 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 10/01/4/01/2/4/8/7/0/6/1/1/1	22-Nome do Contratado Executante 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 Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES
--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Class	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO		1	1	2 2 2 0 0	0,00		10/09/2010		
2-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
3-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
4-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5	RPE		1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
5-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
6-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
7-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
8-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
9-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
10-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
11-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
12-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
13-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
14-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		
15-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1	4 0 0	0,00		10/09/2010		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 1250,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	--

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 anexo na solicitação da guia online no campo "incluir imagem."

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/09/2010 Clínica Odonto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 13/10/09/2010 Maurício D. dos Reis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/09/2010 Radiológica Copa 500
--	--	---	--

Radiológica Copa 500
CRO RJ 287