



1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	11/09/2011
4-Data de Autorização	11/09/2011
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	50191111
7-Data Validade da Senha	11/12/2011

374715
INTERCÂMBIO

9-Numero da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 2 8 0 2 1 0 5 6	10-Plano POS REDE PRESTADORA
13-Nome CARLOS HENRIQUE MORENA	01/09/1949
10-Empresa CLASP - NOVO	14-Telefone () - - - - - - - - - -
11-Dia Validade da Carteira / / - - - - -	12-Número do Cartão N 707602280257
15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE MORENA	

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 - Educar Emocion
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------	------------------------------	-------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	000140248706
22-Nome do Contratado, Executante	KYRIA SPYRO SPYRIDES
23-Número no CPO	15486
24-UF	RJ
25-Código CMES	Enviar - RX (1) 81000375-RPN

26-Memora do Profissional Excitante KYRIA SPYPRO SPYRIDES	27-Número no CRO 15486	28-UF RJ	29-Código CBO S	(f) 81000375-RPE
---	----------------------------------	--------------------	-----------------	------------------

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentes Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO			1	2 2 2 0 0	0 0 0 0		S	15/10/8	2029	[Assinatura]
2- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	15/10/8	2029	[Assinatura]
3- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	15/10/8	2029	[Assinatura]
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (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.

Rede anexada na solicitação da guia online emo campo "incluir imagem !"

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cartão da Empresa
11/11/11	15/09/120 K.S.	15/08/120	15/09/120 Radiológica Copa 500

Clinica Odonto

Clinica Odonto-
biológica Copa 500
CRO RJ 287