



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 14/10/19 4-Data de Autorização 15/10/19 5-Santa AUTORIZADO 6-Número do Guia Principal 50191117 7-Data Validade da Santa 13/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0375327021115002 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/19 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70030998856537

13-Nome EDUARDO PAES COLOMBIANO 14-Telefone 18/07/1972 15-Nome do titular do plano EDUARDO PAES COLOMBIANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 15486 19-UF RJ 20-Código CBO S 09 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (II) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10011401248706 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 23-Número no CRO 15486 24-UF RJ 25-Código CNES 115109120 26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 27-Número no CRO 15486 28-UF RJ 29-Código CBO S 115109120 (I) 81000375-RPD (II) 81000375-RPE

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-Franchia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gressa	42-Assinatura
1-0	0	81000405	1	1	1	78,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-0	0	81000294	1	1	1	12,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
3-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
4-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
5-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
6-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
7-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
8-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
9-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
10-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
11-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
12-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
13-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
14-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
15-0	0	81000375	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 328,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchia / 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 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.

49-Observação: Pedido anexado na solicitação da guia online no campo "incluir imagem".

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidariante 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Carimbo da Empresa Radiológica Copa 500 CRO RJ 287