



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 9/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10 9/12/0	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196099	7-Data Validade da Sentia 12/8/11 12/12/0
--------------------------	---	---	------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100370000010199325	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PS PADRAO ADMINIST	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 704601146424827
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ANA BEATRIZ BORGES DOS SANTOS	07/10/2003	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA BEATRIZ BORGES DOS SANTOS
--	------------	------------------------------	--

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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1001140248706	22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CINES (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE	Enviar - RX
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-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 Glosa	42-Assinatura
1-00	8100294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00	0,00		S	20/10/20		
2-00	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00		S	20/10/20		
3-00	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00		S	20/10/20		
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento: / / /												
44-Tipo de Atendimento: 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento: 1- Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US: 250,00												
47-Valor Total R\$: 0,00												
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), 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.

48-Observação

pedido anexado na solicitação da guia online no campo "incluir imagens"

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/10 K.S.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 x 2085	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/10 Clínica Odonto Radiológica Copa 500 CRO D 1287
--	--	--	---