



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2019	4-Data de Autorização 11/10/2019	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190810	7-Data Validade da Série 10/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

373866
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00037319500890015	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/10/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70360002442438
13-Nome MARY BORGES ALVES	20/05/1941	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano FRANCISCO ALVES DE ABRANTES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	18-Número no CRO 15486	19-UF RJ	20-Código CEO 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	
26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES		27-Número no CRO 15486	28-UF RJ	29-Código CEO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Mofo de Glase	42-Assinatura
1-0	0	81000294			1	222,00	0,00		S	14/09/2019		
2-		LEVANTAMENTO										
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
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\$							
11/10/2019	21-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodomia	4-Urgência/Emergência	11-1-Total 2-Parcial	222,00	0,00					

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Deixo, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2019 K.S.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2019	53-Data, local e Contributo da Empresa 14/10/2019	Clinica Odonto Radiológica Copa 500 CRO RJ 287
--	---	--	--