



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 11/2/01	4-Data de Autorização 11/7/11 11/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206707	7-Data Validade da Senha 11/5/10 12/11/11
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

420775
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10101317991914105849610114	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703402957837000
13-Nome MARCIO GUIMARAES ALZUGUIR		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano MARCIO GUIMARAES ALZUGUIR
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA		18-Número no CRO 15486
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10101140248706		22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES		19-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES		23-Número no CRO 15486		20-Código CBO S 09
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRO 15486		24-UF RJ
		28-Código CBO S		25-Código CNES

801 -
Faturar Empresa

30-Tabella	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-	01081010294	LEVANTAMENTO		1		222,00	10,00			19/11/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1222,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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) 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 guia online no campo "incluir imagem".	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/11/11 K.S.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11/11/11	53-Data, local e Cambio da Empresa 11/11/11/11/11
--	---	--	---	--

Clinica Odonto
Radiológica Copa 500
CRO RJ 287