



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2019 4-Data de Autorização 11/08/2019 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50184869 7-Data Validade da Sentia 11/06/2019 8-Número da Guia 359025

INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 1003700002222774401 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70090593853294

13-Nome PAULO SERGIO BOMFIM 14-Telefone 09/10/1955 15-Nome do titular do plano PAULO SERGIO BOMFIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Mantimento a R/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 1010140248701611 22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES 23-Número no CRO 15486 24-UF RJ 25-Código CNES 15486 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- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	2	9	4				
2-0	0	9	1	0	0	1	0	0				
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 121-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-T 2-Parcial	46-Valor Total Quantidade US 482,10	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) 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 "incluindo 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 Contrato da Empresa

Clínica Odonto Radiológica Copa 500 CRO RJ 287