



382368
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		2-Data de Emissão da Guia 12/14/10 19/12/10		3-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50194014		7-Data Validade da Senha 12/13/11 12/12/10				
8-Número da Carteira 10/10/37/0/0/0/0/2/2/1/0/7/9/7/8/		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009900604908				
13-Nome BRENO MULLER SOUSA DE MENEZES		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano CELIA APARECIDA DE SOUSA								
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				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/0/1/4/0/2/4/8/7/0/6/		22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES		23-Número no CRO 15486		24-UF RJ		25-Código CNES 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000-405				
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	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	78	10,00	0,00	500,00	100,00	12/11/2010		Celia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão 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 178,00		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referencial ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. *Pedido anexado na solicitação da guia online no campo: "incluir imagem".												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 AA K.S.		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11/20 Celia		53-Data, local e Carimbo da Empresa Radiológica Copa 500 11/11/11/20		CRO RJ 287				