



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



403136
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 10/12/10	4-Data de Autorização 12/13/11 10/12/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50201088	7-Data Validade da Santa 12/10/10 11/12/11
8-Numero da Carteira 10/03/19 9/9/4 06/3 00/8 57/0					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A					
11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11					
12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 898003924337111					
13-Nome KIM ASSIS KRAWCZYK					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano KIM ASSIS KRAWCZYK					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA					
18-Numero no CRO 15486					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 09					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/01/4 02/4 87/06					
22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES					
23-Numero no CRO 15486					
24-UF RJ					
25-Código CNES (I) 81000405					
26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES					
27-Numero no CRO 15486					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7	8,00
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Guia					
42-Assinatura					
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\$					

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(ram) 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.

19-Atividade
Pedido anexado na solicitação de guia online no campo "incluir imagens".

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/6/10/120

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/6/10/120 K.S.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/6/11/10/120 Kim Kim Assis

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/6/11/10/120

Clinica Odonto
Radiológica Copa 500
CRO RJ 267