

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-46



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/07 12:4	4-Data de Autorização 13/11/07 12:4	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12764097	7-Data Validade da Sentença 12/9/11 01:24
--------------------------	--	--	--------------------------	--	--

1973256
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00020251154917000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PAULO MARCOS MALDONADO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano PAULO MARCOS MALDONADO
-----------------------------------	------------------------------	---

Outros do Contratado Enquadrados pelo Tratamento

16-Avenimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA SPYRO SPYRIDES ODONTO RADIOLOGIA	18-Número no CRO 15486	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130659692000145	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CNES 3400344
--	--	---------------------------	-------------	---------------------------

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

31-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cir	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montio da Guia	42-Assinatura
1-0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00		S			
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Avenimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) 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.

Assinatura do

Guia assinada 1970410

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 Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--