



434753
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 21/210	4-Data de Autorização 10/04/11 21/210	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210936	7-Data Validade da Sentença 10/04/11 03/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994063160002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EDVALDO PORTELA DE ASSIS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700200964790125
--	--------------------------------	--	--	--

13-Nome EDVALDO PORTELA DE ASSIS	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do Plano EDVALDO PORTELA DE ASSIS
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Apresentamento 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	801 - Faturar Empresa
-----------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100140248706	22-Nome do Contratado Exclamante KYRIA SPYRO SPYRIDES	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exclamante 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1		2,22	10,00		0,00	15/11/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento	49-1-Total 2-Parcial	49-Total Quantidade US	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$
	2				1	1-Total 2-Parcial	2,22	10,00				

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), 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 anexo 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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	15/11/2011 K.S.	15/11/2011 Edvaldo	15/11/2011 Clínica Odontológica Copa 500

Clínica Odonto
CRO RJ 287