



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 10/08/19/09/12/10	4-Data de Autorização 10/08/19/09/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189773	7-Data Validade da Senha 10/07/19/12/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

371254
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037700000014499633	9-Papato POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IBBCA CRP 25760	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705806468949937
--	---------------------------------	-------------------------------	--	--

13-Nome SILVIA RAWICZ	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SILVIA RAWICZ
--------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RPD
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10014101248706	22-Nome do Contratado Especialista KYRIA SPYRO SPYRIDES	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CNES (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RPD
---	--	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Especialista 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 0 2 9 4			1	2 2 2 1 0 0	10,00			11/15/19/12/10		811
2-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1 4 1 0 0	10,00			11/15/19/12/10		811
3-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	1 4 1 0 0	10,00			11/15/19/12/10		811
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1250,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), 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 enviado na solicitação da guia online, no campo "inclua imagem" Clínica Odonto

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/19/12/10 K.S.	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/15/19/12/10 S. L. R.	53-Data local e Cópia da Empresa Radiológica Copa 500 11/15/19/12/10 CRO RJ 287
--	---	---	--