



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 09/12/10	4-Data de Autorização 12/12/10 09/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193393	7-Data Validade da Senha 12/11/12 12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

380516
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101375722020962008	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700509789132654
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome

GISLAINE RODRIGUES DE OLIVEIRA	06/04/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GISLAINE RODRIGUES DE OLIVEIRA
--------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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

1010140248706	22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CNEs (1) 81000405	Faturar Empresa
---------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------------	-----------------

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	0,00		0,00	12/10/10		GISLAINE
2-0	018100294	LEVANTAMENTO		1	1	2,20	0,00		0,00	12/10/10		GISLAINE
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 3-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3,00	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.

49-Observação

Pedido anexado na solicitação da guia online no campo "inclua imagem"

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/11/10	12/11/10	R.S.
----------	----------	------

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/11/10	12/11/10	R.S.
----------	----------	------

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/11/10	12/11/10	GISLAINE
----------	----------	----------

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/11/10

Clinica Odonto

Radiológica Copa 500

CRO RJ 287