

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

329207  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/06/2010 | 4-Data de Autorização<br>12/06/2010 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50172246 | 7-Data Validade da Senha<br>12/09/2010 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                  |                                                             |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994058425443 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ESPACO SERVICOS ES | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>898003220919709 |
| 13-Nome<br>FATIMA MARIA DE ALMEIDA        |                                | 14-Telefone<br>05/06/1968        | 15-Nome do titular do plano<br>MARIO SERGIO DA SILVA AMORIM |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                               |                           |             |                        |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES | 18-Número no CRO<br>16546 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO 8<br>801 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>84357452791           | 22-Nome do Contratado Executante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES    | 23-Número no CRO<br>16546 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNEB         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES |                                                               | 27-Número no CRO<br>16546 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO 8        |

Faturar Empresa

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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLOGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/06/10              |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 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

|                                                                           |                                                               |                                                                     |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>26/06/10 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/06/10 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>26/06/10 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|