

**OdontoLife**  
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P



303693  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>19/03/20 | 4-Data de Autorização<br>19/03/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50159978 | 7-Data Validade da Senha<br>17/06/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                           |  |                                         |  |                                           |  |                                                         |  |                                                          |  |
|-------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                     |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA          |  | 10-Empresa<br>QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700607984413966 |  |
| 8-Número da Carteira<br>00379994063004477 |  | 13-Nome<br>VANESSA DE ALMEIDA GONCALVES |  | 14-Telefone<br>( ) -                      |  | 15-Nome do titular do plano<br>FLAVIO CARLOS DOS SANTOS |  |                                                          |  |

|                                                     |  |                                                                                        |  |                           |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento     |  | 18-Número no CRO<br>19769                                                              |  | 19-UF<br>RJ               |  | 20-Código CBO S<br>09 |  | 801 -<br>Faturar Empresa    |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                            |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA |  | 23-Número no CRO<br>19769 |  | 24-UF<br>RJ           |  | 25-Código CNES              |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>01250478782  |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LILIAN FREIHA                                      |  | 27-Número no CRO<br>19769 |  | 28-UF<br>RJ           |  | 29-Código CBO S             |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LILIAN FREIHA |  |                                                                                        |  |                           |  |                       |  | Enviar - RX<br>(1) 81000405 |  |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |  | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 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\$ |  |        |                       |                    |               |
| 1-                                              | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 |  |        | 23/03/20              |                    |               |
| 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><input checked="" type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 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>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/03/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/03/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

*x Vanessa de Almeida Gonçalves*