

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



332149

INTERCAMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/07/20 | 4-Data de Autorização<br>01/07/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50173589 | 7-Data Validade da Senha<br>29/09/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                         |                                |                                |                                                         |                                                          |
|-----------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>003700028728141 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>01 ADMINISTRACAO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700508925436760 |
| 13-Nome<br>CLAUDIENE CARVALHO ALVES     |                                | 14-Telefone<br>31/01/1976      | 15-Nome do titular do plano<br>CLAUDIENE CARVALHO ALVES |                                                          |

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 S<br>401 | Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85300039-012 (I) 85300039-013<br>(I) 85300039-011<br>(I) 85300039-014 |
| 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 CNES         |                                                                                                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES |                                                               | 27-Número no CRO<br>16546 | 28-UF<br>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         | 0085300039                | RASPAGEM SUB- | HASE            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 |        | 15/07/20              |                    | <i>[assinatura]</i> |
| 2         | 0085300039                | RASPAGEM SUB- | HASD            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 |        | 15/07/20              |                    | <i>[assinatura]</i> |
| 3         | 0085300039                | RASPAGEM SUB- | HAID            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 |        | 21/07/20              |                    | <i>[assinatura]</i> |
| 4         | 0085300039                | RASPAGEM SUB- | HAIE            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 |        | 21/07/20              |                    | <i>[assinatura]</i> |
| 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>176,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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

|                                                                                               |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |                                                                                           |  |  |  |                                            |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------|--|--|--|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>15/07/20 <i>[assinatura]</i> |  |  |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/07/20 <i>[assinatura]</i> |  |  |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/07/20 <i>[assinatura]</i> |  |  |  | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------|--|--|--|