

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



831637

INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                        |                    |                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/01/2012                                                                    |                 | 4-Data de Autorização<br>07/01/2012                           |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       |          | 6-Número da Guia Principal<br>9443758                                 |        | 7-Data Validade da Senha<br>07/04/2012 |                    | 831637                                      |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                        |                    |                                             |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202539564800000101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA              |          | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                  |        | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /    |                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde       |  |
| 13-Nome<br>CATARINA DA LAPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        | 14-Telefone<br>( ) -                        |          | 15-Nome do titular do plano<br>CATARINA DA LAPA                       |        |                                        |                    |                                             |  |
| 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                        |                    | Faturar Empresa                             |  |
| 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                        |                    | Enviar - RX<br>(I) 85100218<br>(I) 85100218 |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA                                                                                         | 46              | MOD                                                           | 1      | 122,00                                      | 0,00     |                                                                       | S      | 10/01/12                               |                    |                                             |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA                                                                                         | 14              | DOM                                                           | 1      | 122,00                                      | 0,00     |                                                                       | S      | 13/01/12                               |                    |                                             |  |
| 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>244,00                                      |        | 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>10/01/12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/01/12 |        |                                             |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/01/12 |        |                                        |                    | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ /  |  |