

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



365028

INTERCAMBIO

|                                                              |                                       |                                   |                                                               |                                        |                                                  |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/08/20 | 4-Data de Autorização<br>27/08/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                         | 6-Número da Guia Principal<br>50187188 | 7-Data Validade da Senha<br>25/11/20             |
| Dados do Beneficiário                                        |                                       |                                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>701004814231892      |                                        |                                                  |
| 8-Número da Carteira<br>00373195007580012                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA        |                                   | 10-Empresa<br>QUALICORP CRC VENCIMENTO 30                     |                                        | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /              |
| 13-Nome<br>VERA LUCIA DE MESQUITA ORTIZ                      |                                       |                                   | 14-Telefone<br>( ) -                                          |                                        | 15-Nome do titular do plano<br>MARIO JULIO ORTIZ |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     |                                       |                                   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES |                                        | 18-Número no CRO<br>16546                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>84357452791           |                                       |                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES    |                                        | 19-UF<br>RJ                                      |
| 28-Nome do Profissional Executante<br>ELIANE LOPES GUIMARAES |                                       |                                   | 23-Número no CRO<br>16546                                     |                                        | 20-Código CBO S                                  |
|                                                              |                                       |                                   | 24-UF<br>RJ                                                   |                                        | 25-Código CNES                                   |
|                                                              |                                       |                                   | 27-Número no CRO<br>16546                                     |                                        | 26-Código CBO S                                  |
|                                                              |                                       |                                   | 28-UF<br>RJ                                                   |                                        | 29-Código CBO S                                  |

001 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(I) 81000421-RPSE

| 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 ODONTOLÓGICA                                                                                      |                 |                                             | 1      | 34,00                           | 0,00     |                                 | S      | 27/08/20                                |                    |               |
| 2                                             | 0081000421                | RX PERIAPICAL                                                                                              | RPSE            |                                             | 1      | 14,00                           | 0,00     |                                 | S      | 27/08/20                                |                    |               |
| 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>48,00 |          | 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>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ /                           |                                                          |                                                                  |