

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

| | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|---|--|
| 1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão da Guia 13 0 0 9 1 2 0 | 4-Data de Autorização 12 7 1 1 0 1 2 0 | 5-Semeta AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal 7921071 | 7-Data Validade da Semeta 12 9 1 12 1 2 0 |
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 1 8 6 9 5 0 0 0 0 1 0 1 | 9-Plano POS REDE PRESTADORA | | | | |
| 13-Nome PAMELA DE OLIVEIRA SILVA DA PENHA ALBINO | | | | | |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento | | | | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 12/11/1989 | |
| 16-Atendimento a RN N | 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA | | 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA | | |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 8 5 7 5 1 6 0 6 7 2 | | | 14-Telefone () - - - - - | | |
| 22-Nome do Contratado Excitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA | | | 18-Número no CNO 24111 | | |
| 26-Nome do Profissional Excitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA | | | 19-UF RJ | | |
| 27-Número no CNO 24111 | | | 20-Código CBO S 025 - | | |
| 28-UF RJ | | | 24-UF RJ | | |
| 29-Código CBO S | | | 25-Código CUES | | |
| Faturar Empresa | | | | | |

| 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 |
|-----------|---------------------------|----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0-0 | 8 2 0 0 0 8 7 5 | EXODONTIA SIMPLES DE | 46 | | 1 | 7 3 0 0 | 0 0 0 0 | | | 02/11/20 | | Yimel |
| 2-0-0 | 8 2 0 0 0 8 7 5 | EXODONTIA SIMPLES DE | 47 | | 1 | 7 3 0 0 | 0 0 0 0 | | | 02/11/20 | | Yimel |
| 3-0-0 | 8 2 0 0 0 8 7 5 | EXODONTIA SIMPLES DE | 36 | | 1 | 7 3 0 0 | 0 0 0 0 | | | 02/11/20 | | Yimel |
| 4-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 5-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 6-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 7-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 8-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 9-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 10-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 11-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 12-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 13-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 14-1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 15-1-1 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Prescrição Término do Tratamento: 02/11/20

44-Tipo de Atendimento: ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial

45-Tipo de Faturamento: ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial

46-Total Quantidade US: 2 1 9 0 0

47-Valor Total R\$: 0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$: 0 0 0 0

49-Total Franquia / Co-participação R\$: 0 0 0 0

50-Total R\$: 0 0 0 0

51-Total R\$: 0 0 0 0

52-Total R\$: 0 0 0 0

53-Total R\$: 0 0 0 0

54-Total R\$: 0 0 0 0

55-Total R\$: 0 0 0 0

56-Total R\$: 0 0 0 0

57-Total R\$: 0 0 0 0

58-Total R\$: 0 0 0 0

59-Total R\$: 0 0 0 0

60-Total R\$: 0 0 0 0

61-Total R\$: 0 0 0 0

62-Total R\$: 0 0 0 0

63-Total R\$: 0 0 0 0

64-Total R\$: 0 0 0 0

65-Total R\$: 0 0 0 0

66-Total R\$: 0 0 0 0

67-Total R\$: 0 0 0 0

68-Total R\$: 0 0 0 0

69-Total R\$: 0 0 0 0

70-Total R\$: 0 0 0 0

71-Total R\$: 0 0 0 0

72-Total R\$: 0 0 0 0

73-Total R\$: 0 0 0 0

74-Total R\$: 0 0 0 0

75-Total R\$: 0 0 0 0

76-Total R\$: 0 0 0 0

77-Total R\$: 0 0 0 0

78-Total R\$: 0 0 0 0

79-Total R\$: 0 0 0 0

80-Total R\$: 0 0 0 0

81-Total R\$: 0 0 0 0

82-Total R\$: 0 0 0 0

83-Total R\$: 0 0 0 0

84-Total R\$: 0 0 0 0

85-Total R\$: 0 0 0 0

86-Total R\$: 0 0 0 0

87-Total R\$: 0 0 0 0

88-Total R\$: 0 0 0 0

89-Total R\$: 0 0 0 0

90-Total R\$: 0 0 0 0

91-Total R\$: 0 0 0 0

92-Total R\$: 0 0 0 0

93-Total R\$: 0 0 0 0

94-Total R\$: 0 0 0 0

95-Total R\$: 0 0 0 0

96-Total R\$: 0 0 0 0

97-Total R\$: 0 0 0 0

98-Total R\$: 0 0 0 0

99-Total R\$: 0 0 0 0

100-Total R\$: 0 0 0 0

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(ram) realizado(s) com meu consentimento e a arcar com os custos conforme previsto em contrato, 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:

ata local e a assinatura do Presidente do Conselho

7

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

Dr. José Eduardo R. Pereira

Dr. Joseph H. D'Amico, M.D., F.R.C.P. (C)

53-Data, local
 10-20-2010-21

Cirurgião - dentista
RJ - CD 24.111

3035 Ziemann Dr - 2nd
 Cirurgião - dentista
 B1 - CN 34 111

Pl. CT 2411