



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

B-Quantoblife para você!

2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 0 3 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 0 8 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO
Dados do Beneficiário			
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 4 9 0 8 5 0 0 7 8 4 2 0 2	6-Piano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome MARGARETH DE AGUIAR MATTOS RIBEIRO	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Telefone (11) 1370617312	7-Data Válida de Senha 0 1 / 0 1 / 2 1
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RN N 18 8 5 7 5 1 6 0 6 7 2	17-Nome do Profissional Especialista JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 15-Nome do titular do plano MILTON MANOEL PINTO RIBEIRO

21-Código na Operadora /CNPJ / CPF 18 8 5 7 5 1 6 0 6 7 2	17-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	18-Número no CRO 24111	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	23-Número no CRO 24111	24-UF RJ	25-Código CNES		
	27-Número no CRO 24111	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrção	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASD	1	3 6 , 0 0	1	0 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	S 0 7 3 / 1 6	Permanente	
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASE	1	3 6 , 0 0	1	0 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	S 0 7 3 / 1 6	Permanente	
3-0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAID	1	3 6 , 0 0	1	0 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	S 0 7 3 / 1 6	Permanente	
4-0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAIE	1	3 6 , 0 0	1	0 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	S 0 7 3 / 1 6	Permanente	
5-0 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	RE	0	6 1 , 0 0	1	0 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	S 0 7 3 / 1 6	Permanente	
6-0 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	RE	0	6 1 , 0 0	1	0 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	S 0 7 3 / 1 6	Permanente	
7-0 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	RE	0	6 1 , 0 0	1	0 , 0 0	0 , 0 0	0 , 0 0	S 0 7 3 / 1 6	Permanente	
8-1 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6											
9-1 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6											
10-1 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6											
11-1 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6											
12-1 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6											
13-1 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6											
14-1 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6											
15-1 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6											
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/01/2025	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ontodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 2 2 7 0 0	47-Valor Total RS 0 0 0 0 0 0	48-Observação	49-Entrada do Boletim de Apresentação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. José Eduardo R. Pereira Cirurgião-dentista RJ - CD 24.111	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. José Eduardo R. Pereira Cirurgião-dentista RJ - CD 24.111	52-Data, local e Carimbo da Empresa 15/01/2025	53-Entrada do Boletim de Apresentação	

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 a execução do tratamento, conforme acima apresentados, e por mim assinado(s), fui(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(dos), assim à esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Entrada do Boletim de Apresentação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dr. José Eduardo R. Pereira
Cirurgião-dentista
RJ - CD 24.111

52-Data, local e Carimbo da Empresa
15/01/2025

53-Entrada do Boletim de Apresentação