



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1603659

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/2019	4-Data de Autorização 01/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 1603659	7-Data Validade da Senha 01/08/2021							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 40641401246870027702	9-Plano ESSENCIAL	10-Empresa ASSOCIACAO NACIONAL DOS	11-Data Validade da Carteira 01/08/2021	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706806253229725								
13-Nome CLAUDIO BORGES FERREIRA		14-Telefone 11/08/1962	15-Nome do titular do plano CASSIA APARECIDA SOTO FERREIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ROBERTO DE ALMEIDA		18-Número no CRO 9460	19-UF MG	20-Código CBO S							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36056254000179		22-Nome do Contratado Executante CONSULTORIO ODONTOLOGICO DR. JOSE	23-Número no CRO 9460	24-UF MG	25-Código CNES 0083291							
26-Nome do Profissional Executante JOSE ROBERTO DE ALMEIDA		27-Número no CRO 9460	28-UF MG	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	94	85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	13	1	14400	0,00	0,00	S	01/08/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 01/08/2019		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 14400		47-Valor Total R\$ 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 01/08/2019 JRA			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/08/2019 JRA			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/08/2019 Claudio Borges Ferreira			53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/08/2019			

B H T E

B H T E

B H T E

B H T E

CONST. ODONT.
DR. JRA LTDA
EPAO 0742