GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero Guia Principal
302627	| | / | | / | |	| | / | | / | |		| | / | | / | |	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9- Plano	10- Empresa	11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |			| | / | | / | |	

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano
	(| |) | | | | | - | | | |	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBO S

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Contratado Executante	22 - Número no CRO	23 - UF	24 - Código CNES
| | | | | | | | | | | | | | | | | |				

25 - Nome do Profissional Executante	26 - Número no CRO	27 - UF	28 - Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

	29-Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32-Dente/Região	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade US	36-Valor R$	37-Franquia/Co-participação R$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Assinatura
1-											/ /	
2-											/ /	
3-											/ /	
4-											/ /	
5-											/ /	
6-											/ /	
7-											/ /	
8-											/ /	
9-											/ /	
10-											/ /	
11-											/ /	
12-											/ /	
13-											/ /	
14-											/ /	
15-											/ /	
16-											/ /	
17-											/ /	

41 - Data Término do Tratamento	42 - Tipo de Atendimento	43 - Tipo de Faturamento	44 - Total Quantidade US	45 - Valor Total R$	46 - Total Franquia / Co-participação R$
| | / | | / | |	| | 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria	| | T - Total P - Parcial	| | , | |	| | , | |	| | , | |

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.

47 - Observação

48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	49- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	51 - Data, local e Carimbo da Empresa
| | / | | / | |	| | / | | / | |	| | / | | / | |	| | / | | / | |