

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS 4 1 4 2 4 7	3 - Número da Guia Principal 	4 - Data da Autorização / /	5 - Senha 	6 - Data de Validade da Senha / /	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	---------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 	9 - Plano 	10- Empresa 	11 - Validade da Carteira / /	12 - Cartão Nacional de Saúde
13 - Nome 	14 - Telefone () -	15 - Nome do titular do plano 	16 -Atendimento a RN 	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante 	18 - Número no CRO 	19 - UF 	20 - Código CBO 	
21 - Código na Operadora 	22 - Nome do Contratado Executante 	23 - Número no CRO 	24 - UF 	25 - Código CNES
26 - Nome do Profissional Executante 	27 - Número no CRO 	28 - UF 	29 - Código CBO 	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde	36-Qtde US	37-Valor R\$	38-Franquia (R\$)	39-Aut	40-Cod. Negativa	4-Data de Realização	42-Assinatura
01-												
02-												
03-												
04-												
05-												
06-												
07-												
08-												
09-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
20-												

43 - Data de Término do Tratamento / /	44 - Tipo de Atendimento 	45 - Tipo de Faturamento 	46 - Total Quantidade US 	47 - Valor Total (R\$) 	48 - Valor Total Franquia (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 / Justificativa

50-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 	52- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista / /	53- Assinatura do Cirurgião-Dentista
54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável / /	55-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	56- Data do carimbo da empresa / /	