



## GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS <b>41.229-5</b>	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	41-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 / /	