



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

324477

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 |
|-----------|-----------------------------|----------------|-----------------|---------|---------|------------|--------------|-------------------|--------|------------------|-----------------------|---------------|
| 1- | | | | | | | | | | | | |
| 2- | | | | | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | | | | | | |
| 7- | | | | | | | | | | | | |
| 8- | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 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