



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador _____

ANS - nº 331988

1 - Registro ANS _____ 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.
01	40-Cod. Negativa	41-Data de Realização	42- Assinatura							
02	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -		
03	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -		
04	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -		
05	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -		
06	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -		
07	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -		
08	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -		
09	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -		
10	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -		

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 _____
