



# GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador \_\_\_\_\_

ANS - nº 345695

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_