

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador

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	40-Cod. Negativa	41-Data de Realização	42-Assinatura
01-	_ _											

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 ____/____/____	