



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: ____/____/____

57 - Nome Social: _____
 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: _____