



# GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 368920	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
01-												
02-												
03-												
04-												
05-												
06-												
07-												
08-												
09-												
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		