

1 - Registro ANS 41.689-4	3 - Data de Emissão da Guia _ / _ / _	4 - Data da Autorização _ / _ / _	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha _ / _ / _	7 - Número da Guia Principal	2 - Nº
-------------------------------------	--	--------------------------------------	-----------	---	------------------------------	--------

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira _ _ _ _ _	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data Validade da Carteira _ / _ / _	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _
13 - Nome		14 - Telefone _ - _ _ _ _		15 - Nome do titular do plano

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante			17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBOS	
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _		21 - Nome do Contratado Executante		22 - Número no CRO	23 - UF	24 - Código CNES
25 - Nome do Profissional Executante			26 - Número no CRO	27 - UF	28 - Código CBOS	

Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados

29-Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32-Dente/Região	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade	US	36-Valor R\$	37-Franquia/Co-participação	38-Aut	39-Data Realização	40-Assinatura
1 -												
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
41 - Data Término do Tratamento _ / _ / _		42 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5- Auditoria		43-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial		44 - Total Quantidade US _ _ _ _		45- Valor Total R\$ _ _ _ _		46 - Total Franquia / Co-participação 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 o 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

47 - Observação

48 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _ / _ / _	49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ / _ / _	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável _ / _ / _	51-Data, local e Carimbo da Empresa _ / _ / _
---	--	--	--

