

**GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Logo da Empresa

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
<b>Dados do Beneficiário</b>					
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Validade da Carteira		
13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano		16 - Atendimento a RN	

<b>Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento</b>					
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- Qtdde US	36- Qtdde US	37- Valor R\$	38- Franquia (R\$)	39- Aut	40- Data de Realização	41- Assinatura
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

42 - Data de Término do Tratamento	43 - Tipo de Atendimento	44 - Tipo de Faturamento	45 - Total Quantidade US	46 - Valor Total (R\$)	47 - Valor Total Franquia (R\$)
48 - Observação / Justificativa					

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, compreendendo-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 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	50 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista	52 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
53 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Data do carimbo da empresa	