



1 - Registro ANS <b>330183</b>	3 - Data de Emissão da Guia _/_/__/_/_/____	4 - Data da Autorização _/_/__/_/_/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha _/_/__/_/_/____	7 - Número Guia Principal
-----------------------------------	--	--	-----------	---	---------------------------

**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 do CRO	18 - UF	19 - Código CBO S	
20 - Código da Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _	21 - Nome do Contratado Executante	22 - Número do CRO		23 - UF
25 - Nome do Profissional Executante		26 - Número do CRO	27 - UF	28 - Código CBO S

**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 (R\$)	38 - Aut	39 - Data de Realização	40 - Assinatura
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
13 -											
14 -											
15 -											
16 -											
17 -											

41 - Data de Término do Tratamento _/_/__/_/_/____	42 - Tipo de Atendimento _ 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria	43 - Tipo de Faturamento _ T - Total P - 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 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 _/_/__/_/_/____
--	--	--	--