

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero 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 no CRO	18 - UF	19 - Código CBO S
---------------------------------------	--------------------	---------	-------------------

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 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 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 __/__/__
---	--	---	---