

1 - Registro ANS 35.939-4	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 ____/____/____
---	---	---	---