

1 - Registro ANS 31.436-6	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 _/_/___/___
--	--	--	--