

Guia de Tratamento Odontológico



1 - Registro ANS 406414	3 - Data da 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 Contrato Responsável pelo Tratamento											
16 - Nome do Profissional Solicitante						17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBOS			
20 - Código na Operadora			21 - Nome do Contratado Executante			22 - Número no CRO	23 - UF	24 - Código CBOS			
25 - Nome do Profissional Executante						26 - Número no CRO	27 - UF	28 - Código CBOS			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimento Executados											
29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32- Dente / Região	33- Face(s)	34- Qty.	35- Qtd. US	36 -Valor R\$	37 - Franquia/ Co participação	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											
18											
19											
20											
41 - Data Término do Tratamento		42 - Tipo de Atendimento (00) 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\$	R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima prestados, 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) procedimentos (s) descritos acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatório. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme em contrato.											
47 - Observações											
48 - Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante		49 - Data, Local e Assinatura do Contratante Executante			50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Rspnsável			51 - Data, Local e Carimbo da Empresa			