



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 Rspnsável 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- Qtd.	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\$							
<p>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.</p>																					
47 - Observações																					
48 - Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante				49 - Data, Local e Assiatura do Contratante Executante				50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Rspnsável				51 - Data, Local e Carimbo da Empresa									