# GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

| 1 - Registro ANS | 3 - Data de Emissão da Guia | 4 - Data da Autorização | 5-Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Numero Guia Principal |
|---|---|---|---|---|---|
| 31684-9 | \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| | \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| | | \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| | |

**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 | 43 - Tipo de Faturamento | 44 - Total Quantidade US | 45 - Valor Total R$ | 46 - Total Franquia / Co-participação R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| | \|__\| 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria | \|__\| T - Total P - Parcial | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |

**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**

- Para realizar o planejamento, favor verificar as coberturas contratuais.
- Não pode ser cobrado do associado nenhuma diferença (R$) em relação ao procedimento solicitado.
- Atenção para o prazo de validade (3 meses).
- Em caso de endodontia, prótese fixa e exodontia anexar RX inicial e final na fatura.

| 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 |
|---|---|---|---|
| \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| | \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| | \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\| | \|__\|__\|/\|__\|__\|/\|__\|__\| |