

1 - Registro ANS

3 - Data de Emissão da Guia

4 - Data da autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Nº Guia Principal

**Dados do Beneficiário**

8 - Numero 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 do CRO

18 - UF

19 - Código CBO S

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

21 - Nome do Contratado Executante

22 - Número do CRO

23 - UF

24 - Código CNES

25 - Nome do profissional executante

26 - Número do 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 U.S.	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-										/ /	

41 - Data Término do tratamento

42 - Tipo de atendimento

43 - Tipo de faturamento

44 - Total Quantidade U.S.

45 - Valor Total R\$

46 - Total Franquia/Co-Participação R\$

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 - Observações

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