

1 - Registro ANS 3 0 9 2 2 2	3 - Número da Guia Principal 	4 - Data da Autorização / /	5-Senha 	6 - Data de Validade da Senha / /	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 	9 - Plano 	10 - Empresa 	11 - Validade da Carteira / /	12- Cartão Nacional de Saúde
10 - Nome 	14- Telefone () -	10- Nome do Titular do Plano 	16- Atendimento a RN 	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17- Nome do Profissional Solicitante 	18 - Número no CRO 	19 - UF 	20 - Código CBO 	
21- Código na Operadora 	22- Nome do Contratado Executante 	23 - Número no CRO 	24 - UF 	25 - Código CNES
26- Nome do Profissional Executante 	27 - Número no CRO 	28 - UF 	29 - Código CBO 	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30-Tabela	31- Código do Procedimento	32 - Descrição	33-Dente / Região	34- Face	35- Qtde	36- Qtde US	37- Valor R\$	38- Franquia (R\$)	39- Aut	40- Cod. Negativa	41- Data de Realização	42- Assinatura
01-												
02-												
03-												
04-												
05-												
06-												
07-												
08-												
09-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
20-												

43- Data de Término do Tratamento / /	44- Tipo de Atendimento 	45- Tipo de Faturamento 	46- Total Quantidade US 	47- Valor Total (R\$) 	48- Valor Total Franquia (R\$)
--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propostos riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acerto e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os outros custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e, por mim assinado(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.

40- Observação / Justificativa

50- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51- Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 	52- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	53- Assinatura do Cirurgião-Dentista
54- Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável / /	55- Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	56- Data do Carimbo da Empresa / /	