

1 - Registro ANS 34.220-3	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 Contratado Responsável pelo Tratamento

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde
13 - Nome	14 - Telefone	15 - 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 / Coparticipação(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												

MODELO

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico / 2 - Exame Radiológico / 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência / 5 - Auditoria	45 - Tipo de Faturamento T-Total / P-Parcial	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia/Coparticipação (R\$)
------------------------------------	---	---	--------------------------	------------------------	--

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.

49 - 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	