

1 - Registro ANS 35.766-9	3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Número da 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 Contratado Executante											
16 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _____		17 - Nome do Contratado		18 - Número no CRO	19 - UF						
20 - Código CNES		21 - Nome do Profissional Executante		22 - Número no CRO	23 - UF						
24 - Código CBO S											
Procedimentos Executados											
25-Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28-Dente/Região	29-Face	30-Qtd	31-Quantidade US	32-Valor	33-Franquia/Co-participação R\$	34-Data Realização	35-Assinatura	
1-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
2-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
3-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
4-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
5-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
6-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
7-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
8-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
9-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
10-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
11-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
12-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
13-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
14-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
15-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	
36 - Data Previsão Término do Tratamento ____/____/____		37 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência			38 - Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial		39 - Total Quantidade US _____		40 - Valor Total R\$ _____		41 - Total Franquia / Co-participação R\$ _____
<p>Declaro, que o tratamento descrito acima foi realizado 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</p>											
42 - Observação											
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											
43 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ____/____/____				44 - Data, local e Assinatura do Associado / Responsável ____/____/____				45-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____			