



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO (preencher em duas vias)



| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------|----------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS 999010 | 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 PRO-SER | 10 - Empresa | 11 - Data Validade da Carteira | 12 - Nº Cartão Nacional de Saúde |
|------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------------------|----------------------------------|

| | | |
|--------------------|---------------|-------------------------------|
| 13 - Nome Paciente | 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 |
|---------------------------------------|--------------------|---------|-----------------|

| | | | | |
|-----------------|------------------------------------|--------------------|---------|------------------|
| 20 - 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-QTD US | 36-Valor R\$ | 37- Co-Part.R\$ | 38-Aut | 39-Data de Realização | 40-Assinatura |
|-----------|-----------------------------|----------------|-----------------|---------|--------|-----------|--------------|-----------------|--------|-----------------------|---------------|
| 01 | 94 | | | | | | | | | | |
| 02 | 94 | | | | | | | | | | |
| 03 | 94 | | | | | | | | | | |
| 04 | 94 | | | | | | | | | | |
| 05 | 94 | | | | | | | | | | |
| 06 | 94 | | | | | | | | | | |
| 07 | 94 | | | | | | | | | | |
| 08 | 94 | | | | | | | | | | |
| 09 | 94 | | | | | | | | | | |
| 10 | 94 | | | | | | | | | | |
| 11 | 94 | | | | | | | | | | |
| 12 | 94 | | | | | | | | | | |
| 13 | 94 | | | | | | | | | | |
| 14 | 94 | | | | | | | | | | |
| 15 | 94 | | | | | | | | | | |
| 16 | 94 | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--------------------------|----------------------|---|
| 41 - Data Término do Tratamento | 42 - Tipo de Atendimento <small>1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria</small> | 43 - Tipo de Faturamento <small>T - Total P - Parcial</small> | 44 - Total Quantidade US | 45 - Valor Total R\$ | 46 - Total Franquia / Co-participação R\$ |
|---------------------------------|---|--|--------------------------|----------------------|---|

47 - 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.

| | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| 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 |
|---|---|---|---------------------------------------|

