



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REEMBOLSO

(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
---	---	---	---------------------------------------

