



1 - Registro ANS 365319	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade 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
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 (R\$)	39-Aut	40-Cod. Negativa	41-Data de Realização	42-Assinatura
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
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 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, 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	