

1- Registro ANS		3 - Data de Emissão da Guia / /		4 - Data da Autorização / /		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha / /		7 - Número Guia Principal									
Dados do Beneficiário																			
8 - Número da Carteira 0 0 0 0				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 Responsável pelo Tratamento																			
16 - Nome do Profissional Solicitante								17 - Número no CRO		18 - UF	19 - Código CBOS								
20 - Código na Operadora 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				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 CBOS								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados																			
29 - Tabela	30 - Código do Procedimento		31 - Descrição			32 - Dente / Região	33 - Face(s)	34 - Qtd.	35 - Qtd. US	36 - Valor R\$	37 - Franquia/ Co-participação	38 - Aut.	39 - Data de Realização	40 - Assinatura					
1													/ /						
2													/ /						
3													/ /						
4													/ /						
5													/ /						
6													/ /						
7													/ /						
8													/ /						
9													/ /						
10													/ /						
11													/ /						
12													/ /						
13													/ /						
14													/ /						
15													/ /						
16													/ /						
17													/ /						
41 - Data Término do Tratamento / /		42 - Tipo de Atendimento () 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 5-Auditoria					43 - Tipo de Faturamento () T-Total P-Parcial		44 - Total Quantidade US		45 - Valor Total R\$		46 - Total Franquia / Co-participação R\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima prestados, 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) descritos acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatório. 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 em contrato.																			
47 - Observações																			
48 - Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante / /					49 - Data, Local e Assinatura do Contratante Executante / /					50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /					51 - Data, Local e Carimbo da Empresa / /				