

1 - Registro ANS 417297	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da 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
01 -												
02 -												
03 -												
04 -												
05 -												
06 -												
07 -												
08 -												
09 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
18 -												
19 -												
20 -												

43 - Data do 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, e por mim assinado(s), 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	