



Odonto Plus

Odonto Plus

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

2 - Nº

## GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS <b>40567-1</b>	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	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 CBO S
---------------------------------------	--------------------	---------	------------------

20 - Código na Operadora / 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 - Quantidade US	36 - Valor R\$	37 - Franquia/Co-participação R\$	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 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 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.

47 - Observação
-----------------

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 / /
--	--	--	--