

1 - Registro ANS 32744-1	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização /	5 - Senha	6 - Data Validade 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 CBOS
20 - Código na Operadora	21 - Nome do Contratado Executante	22 - Número no CRO	23 - UF MG
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
01			/								
02			/								
03			/								
04			/								
05			/								
06			/								
07			/								
08			/								
09			/								
10			/								
11			/								
12			/								

41 - Data Término do Tratamento	42 Tipo de Atendimento () 1-Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3-Ortodondia 4-Urgência/Emergência 5-Auditoria	43 - Tipo de Faturamento () T-Total P-Parcial	44 - Total Qtd. US	45 - Valor Total R\$	46 - Total Franquia / Co-participação R\$
---------------------------------	---	---	--------------------	----------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, físicos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima prestados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que os procedimentos(s) descritos acima, e por mim assinado(s), 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, comprometo-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
---	---	---	---------------------------------------