Logo da Empresa

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - COBRANÇA

2- Nº **123456789012**

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da 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 Executante

16 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	17 - Nome do Contratado	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CNES

21 - Nome do Profissional Executante	22 - Número no CRO	23 - UF	24 - Código CBO S

Procedimentos Executados

	25-Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28-Dente/Região	29-Face	30-Qtd	31-Quantidade US	32-Valor	33-Franquia/Co-participação R$	34-Data Realização	35-Assinatura
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

36 - Data Previsão Término do Tratamento	37 - Tipo de Atendimento	38 - Tipo de Faturamento	39 - Total Quantidade US	40 - Valor Total R$	41 - Total Franquia / Co-participação R$
__/__/____	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência	1 - Total 2 - Parcial			

Declaro, que o tratamento descrito acima foi realizado 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

42 - Observação

43 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	44 - Data, local e Assinatura do Associado / Responsável	45-Data, local e Carimbo da Empresa
__/__/____	__/__/__	__/__/____