

LOGO DA EMPRESA <small>1- ANS Nº</small>	Guia de Tratamento Odontológico	2- Nº da Guia
----------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------

Dados do Beneficiário

3 - Número do Cartão	4 - Nome	5 - Validade do Cartão
6 - Plano		7 - Número Cartão Nacional de Saúde
8 - Titular		

Dados do Prestador

9 - Código (na Operadora)	10 - Nome	11 - Número do CNES
12 - Endereço		
13 - Bairro	14 - Cidade	15 - UF

Dados do Solicitante

16 - Nome	17 - Conselho	18 - Número do Conselho	19 - CBO
-----------	---------------	-------------------------	----------

20 - Plano de Tratamento

<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	21 - Observação
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																		

Atos Solicitados

22 - Código	23 - Descrição	24 - Unidade	25 - Quantidade

Dados da Autorização

26 - Data	27 - Senha	28 - Valid. da Senha	29 - Inicio Atendimento	30 - Autorizado por (Nome Func. da Operadora)	Guia Principal 31 - Código/Número
-----------	------------	----------------------	-------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------

Valor Total
