



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - COBRANÇA

2- Número

1- Registro ANS 34014-6	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- Nº Carteira	9- Plano	10- Empresa	11- Data Validade da carteira	12- Nº 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- Nº no CRO	19- UF	20- Código CNES
21- Nome do Profissional Executante			22- Nº no CRO	23- UF	24- Código CBOS	

PROCEDIMENTOS EXECUTADOS										
25- Tabela	26- Código do Procedimento	27- Descrição	28- Dente/região	29- Face	30- Quant.	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 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência	38 - Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial	39- Total Quantidade US	40- Valor Total R\$	41- Total Franquia/Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------	---------------------	--

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.

40- OBSERVAÇÃO	

43- Data,local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

44-Data,local e Assinatura do Associado/Responsável

45- Data,local e Carimbo da Empresa
