



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

1 - Registro ANS 99999-9	3 - Data de Emissão da Guia _ / _ / _	4 - Data da Autorização _ / _ / _	5-Senha	6 - Data Validade da Senha _ / _ / _	7 - Numero Guia Principal
-----------------------------	---	---------------------------------------	---------	--	---------------------------

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9- Plano PRO-SOCIAL
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 - CNPJ / CPF	21 - Nome do Contratado Executante	22 - Número no CRO	23 - UF
25 - Nome do Profissional Executante		26 - Número no CRO	28 - Código CBO S
27 - UF			

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-part.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 do 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.

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 _ / _ / _
---	--	---	---

Declaro, que o(s) procedimento(s) descrito(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.

Declaro ainda estar ciente que a ausência à perícia final no prazo de 08 (oito) dias úteis após a conclusão do tratamento acarretará a cobrança integral da despesa realizada por meio de consignação em pagamento do titular.

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

____/____/____

Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

____/____/____

AVALIAÇÃO INICIAL

- TRATAMENTO AUTORIZADO
- TRATAMENTO PARCIALMENTE AUTORIZADO _____

- TRATAMENTO NÃO AUTORIZADO _____

DATA

ASSINATURA / CARIMBO DO PERITO

USO DO PERITO

AVALIAÇÃO FINAL

PERÍCIA FINAL

- TRATAMENTO APROVADO
- TRATAMENTO PARCIALMENTE APROVADO _____

- TRATAMENTO NÃO APROVADO _____

DATA

ASSINATURA / CARIMBO DO PERITO

USO DO PERITO

Observação

EXAME CLÍNICO

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	