



1 - Registro ANS 99999-9	3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____			
------------------------------------	---	--	--	--

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 _____
--------------------	-------------------------------	--

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 _____	24 - Código CNES _____
--------------------------	---	-----------------------------	------------------	---------------------------

25 - Nome do Profissional Executante _____	26 - Número no CRO _____	27 - UF _____	28 - Código CBO S _____
---	-----------------------------	------------------	----------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / P rocedimentos Executados

29-Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32-De rta/Região	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade U S	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 - Aud itoria	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 / Res ponsável ____/____/____	51 - Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
---	---	--	---

