Eletros Eletrobras Eletrobras Cepel

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - LIVRE ESCOLHA

1 - Registro ANS

3 - Data de Emissão da Guia __/__/__

4 - Data da Autorização __/__/__

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha __/__/__

7 - Número Guia Principal

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10 - Empresa

11 - Data de 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 - Código na Operadora / 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 / Procedimentos Executados

	29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Região	33 - Face	34 - Qtde	35 - Qtde. US	36 - Valor R$	37 - Franquia/Co-participação R$	38 - Aut.	39 - Data da 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 - Tipos 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, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s), foi/foram realizado(s) 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.

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 __/__/__