UNIODONTO

# GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - N.

| 1 - Registro ANS | 3 - Numero Guia Principal | 4 - Data de Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Numero da Guia atribuido |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Dados do Benficiário

| 8 - Numero da Carteira | 9 - Plano | 10 - Empresa | 11 - Validade Carteira | 12 - Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 13 - Nome | 14 - Telefone | 15 - Nome do Titular do Plano | 16 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|
| | | | N |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 17 - Nome do Profisional Solicitante | 18 - Numero do CRO | 19 -UF | 20 - Codigo CBO'S |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 21 - Codigo do Operador/ CNPJ / CPF | 22 - Nome do Contratado Executante | 23 - Numero do CRO | 24-UF | 25 - Codigo CNES |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 26 - Nome do Profissional Executante | 27 - Numero do CRO | 28-UF | 28 - Codigo CBO'S |
|---|---|---|---|
| | | | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Qtd US | 37-Valor R$ | 38-Franquia | 39-Aut. | 40-Cod. Negativa | 41-Data da Realização | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| 43 - Data Término do Tratamento | 44 - Tipo de Atendimento | 45 - Tipo de Faturamento | 46 - Total Quantidade US | 47 - Valor Total (R$) | 48 - Valor daFranquia (R$) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

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 e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consetimento 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.

49 - Observações

| 50-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante | 51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 52-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista | 53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 54-Data da Assinatura do Beneficiario ou Responsavel | 55 - Assinatura do Beneficiario ou Responsavel | 56-Data do carimbo da empresa |
|---|---|---|
| | | |