SAÚDE BRB

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
_____	_____	__/__/____	_____	__/__/____	_____

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10- Empresa	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde
_____			__/__/____	_____

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 -Atendimento a RN
	(__)_____-____		__

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
	_____	__	_____

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
_____		_____	__	_____

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO
	_____	__	_____

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

	30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde	36-Qtde US	37-Valor R$	38-Franquia (R$)	39-Aut	40-Cod. Negativa	41-Data de Realização	42-Assinatura
01-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
02-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
03-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
04-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
05-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
06-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
07-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
08-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
09-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
10-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
11-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
12-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
13-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
14-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
15-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
16-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
17-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
18-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
19-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	
20-	__	_____		__	__	__	_____	_____	_____	__	_____	__/__/____	

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R$)	48 – Valor Total Franquia (R$)
__/__/____	__	__	_____	_____	_____

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 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.

49 – Observação / Justificativa

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 Beneficiário ou Responsável	55-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56– Data do carimbo da empresa
__/__/____		__/__/____