

1 - Registro AHS <b>35156-3</b>	3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____	4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha ____/____/____	7 - Número Guia Principal
------------------------------------	---	---	-----------	--	---------------------------

<b>Dados do Beneficiário</b>				
8 - Número da Carteira _____	9 - Plano _____	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 - 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-Otd	35-Quantidade US	36-Valor R\$	37-Franquia/Co-participação 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 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.

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 ____/____/____
---	---	---	---