

|   |   |  |                               |  |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
|---|---|--|-------------------------------|--|---|------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|---------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>35.766-9</b>   | 3 - Data de Emissão da Guia<br>____/____/____ | 4 - Data da Autorização<br>____/____/____  | 5 - Senha                     | 6 - Data Validade da Senha<br>____/____/____                               | 7 - Número da Guia Principal                      |                  |                                   |   |                               |               |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>  |   |  |                               |  |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| 8 - Número da Carteira<br>_____   |   | 9 - Plano  |                               | 10 - Empresa   |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| 11 - Data Validade da Carteira<br>____/____/____  |   | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>_____   |                               |  |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| 13 - Nome   |   |  | 14 - Telefone<br>(____) _____ |  | 15 - Nome do titular do plano                     |                  |                                   |   |                               |               |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>   |   |  |                               |  |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| 16 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>_____  |   | 17 - Nome do Contratado  |                               | 18 - Número no CRO   |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| 19 - UF   |   | 20 - Código CNES   |                               |  |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| 21 - Nome do Profissional Executante  |   |  | 22 - Número no CRO            |  | 23 - UF   |                  |                                   |   |                               |               |  |
|   |   |  | 24 - Código CBO S             |  |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| <b>Procedimentos Executados</b>   |   |  |                               |  |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| 25-Tabela   | 26 - Código do Procedimento                   | 27 - Descrição   | 28-Dente/Região               | 29-Face  | 30-Qtd  | 31-Quantidade US | 32-Valor                          | 33-Franquia/Co-participação R\$                       | 34-Data Realização            | 35-Assinatura |  |
| 1-  | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 2-  | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 3-  | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 4-  | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 5-  | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 6-  | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 7-  | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 8-  | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 9-  | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 10-   | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 11-   | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 12-   | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 13-   | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 14-   | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 15-   | _____   | _____  | _____                         | _____  | _____   | _____            | _____                             | _____   | ____/____/____                | _____         |  |
| 36 - Data Previsão Término do Tratamento<br>____/____/____  |   | 37 - Tipo de Atendimento<br>1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência |                               |  | 38 - Tipo de Faturamento<br>1 - Total 2 - Parcial |                  | 39 - Total Quantidade US<br>_____ |   | 40 - Valor Total R\$<br>_____ |               | 41 - Total Franquia / Co-participação R\$<br>_____ |
| Declaro, que o tratamento descrito acima foi realizado 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 |   |  |                               |  |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| 42 - Observação<br>_____<br>_____<br>_____  |   |  |                               |  |   |                  |                                   |   |                               |               |  |
| 43 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>____/____/____   |   |  |                               | 44 - Data, local e Assinatura do Associado / Responsável<br>____/____/____ |   |                  |                                   | 45-Data, local e Carimbo da Empresa<br>____/____/____ |                               |               |  |