

1 - Registro ANS 35.766-9	3 - Data de Emissão da Guia _/_/ _/ _/ _/ _/	4 - Data da Autorização _/_/ _/ _/ _/ _/	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha _/_/ _/ _/ _/ _/															
Dados do Beneficiário																			
7 - Número da Carteira			8 - Plano	9 - Empresa	10 - Data Validade da Carteira _/_/ _/ _/ _/ _/	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde													
12 - Nome			13 - Telefone (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _		14 - Nome do titular do plano														
Dados do Contratado Solicitante																			
15 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _			16 - Nome do Contratado		17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CNES												
20 - Nome do Profissional Solicitante					21 - Número no CRO		22 - UF	23 - Código CBO S											
Situação Inicial																			
Situação inicial																			
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
Situação inicial																			
24 - Sinais clínicos de doença periodontal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																		25 - Alteração dos tecidos moles? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL																		26 - Observações	
SITUAÇÃO INICIAL: A - Ausente E - Extração Indicada H - Higiêno C - Cariado R - Restaurado																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																			
27-Tabela	28 - Código do Procedimento	29 - Descrição	30-Dente/Região	31-Face	32-Qtd	33-Quantidade US	34-Valor R\$	35-Franquia/Co-participação R\$	36-Aut										
1-																			
2-																			
3-																			
4-																			
5-																			
6-																			
7-																			
8-																			
9-																			
10-																			
11-																			
12-																			
13-																			
14-																			
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.							37 - Total Quantidade US			38 - Valor Total R\$			39 - Total Franquia / Co-participação R\$						
40 - Observação																			
41 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista							42 - Data, local e Assinatura do Associado / Responsável							43-Data, local e Carimbo da Empresa					
// _/ _/ _/ _/							_/_/ _/ _/ _/							_/_/ _/ _/ _/					