



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Alameda dos Guaramomis, 1171 - 2º andar - Planalto Paulista
CEP: 04076-012 - São Paulo/SP - Telefone: 55 11 3525-3600
www.lifeempresariaisaude.com.br

2 - Nº

1 - Registro ANS 41449-2		3 - Data de Emissão de Guia ____/____/____ 1		4 - Data da Autorização ____/____/____ 2		5 - Senha 3		6 - Data Validade da Senha ____/____/____		7 - Número Guia Principal					
Dados do Beneficiário															
8 - Número da Carteira 4				9 - Plano 5				10 - Empresa				11 - Data Validade da Carteira ____/____/____		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome 6						14 - Telefone ____/____/____ 7			15 - Nome do Titular do Plano						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16 - Nome do Profissional Solicitante 8						17 - Número no CRO 9			18 - UF 10		19 - Código CBO S				
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 11				21 - Nome do Contratado Executante 12				22 - Número no CRO 13		23 - UF 14		24 - Código CNES			
25 - Nome do Profissional Executante 15						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 - Qtd	35 - Quantidade US	36 - Valor R\$	37 - Franquia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40 - Assinatura				
1 -	16	17	18	19	0 1					20	21				
2 -					0 1										
3 -					0 1										
4 -					0 1										
5 -					0 1										
6 -					0 1										
7 -					0 1										
8 -					0 1										
9 -					0 1										
10 -					0 1										
11 -					0 1										
12 -					0 1										
13 -					0 1										
14 -					0 1										
15 -					0 1										
16 -					0 1										
17 -					0 1										
41 - Data Término do Tratamento 22		42 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria				43 - Tipo de Faturamento 1 - 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, custo e alternativa 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 23				49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24				50 - Data, local e Assinatura dos Beneficiários / Responsável 25				51 - Data, local e carimbo da Empresa 26			

LEGENDA

- 1 Data da Emissão
- 2 Data da Autorização
- 3 Senha
- 4 Número da carteira
- 5 Plano
- 6 Nome do beneficiário
- 7 Telefone
- 8 Nome do Profissional solicitante
- 9 Número no CRO
- 10 UF
- 11 Código na Operadora
- 12 Nome do Contrato executante
- 13 Número CRO
- 14 UF
- 15 Nome do profissional executante
- 16 Códigos do procedimento
- 17 Descrição
- 18 Dente/Região
- 19 Face
- 20 Data de realização
- 21 Assinatura
- 22 Data de finalização
- 23 Data Local e Assinatura do Cirurgião dentista solicitante
- 24 Data Local e Assinatura do Cirurgião dentista
- 25 Data Local e Assinatura do beneficiário/ Responsável
- 26 Data Local e Carimbo da Empresa