GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Alameda dos Guaramomis, 1176
Bairro Planalto Paulista - São Paulo/SP
CEP 04076-012 Telefone: 55 11 3525-3600
www.lifeempresarial.com.br

2 - Nº

1 - Registro ANS: 41449-2 | 3 - Data de Emissão de Guia | 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número Guia Principal

Dados do Beneficiário

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 - Qtd	35 - Quantidade US	36 - Valor R$	37 - Franquia/Co-participação R$	38-Aut	39-Data de Realização	40 - Assinatura
1 -						01					/ /	
2 -						01					/ /	
3 -						01					/ /	
4 -						01					/ /	
5 -						01					/ /	
6 -						01					/ /	
7 -						01					/ /	
8 -						01					/ /	
9 -						01					/ /	
10 -						01					/ /	
11 -						01					/ /	
12 -						01					/ /	
13 -						01					/ /	
14 -						01					/ /	
15 -						01					/ /	
16 -						01					/ /	
17 -						01					/ /	

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: 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 realizados (s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autozo a Operadora a pagarem meu 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 precisto 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 Beneficiários / Responsável: / /

51 - Data, local e carimbo da Empresa: / /