



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Av. Indianópolis, 1.597 - São Paulo /SP
CEP 04063-003 Telefone: 55 11 3525-3600
www.lifeempresariaisaude.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 -	_____	_____	_____	_____	0 1	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
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 ____/____/____	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 ____/____/____	49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ____/____/____	50 - Data, local e Assinatura dos Beneficiários / Responsável ____/____/____	51 - Data, local e carimbo da Empresa ____/____/____
---	---	---	---