AESP Odonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

ANS: 41.328-3

3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número Guia Principal	2 - Nº
__/__/____	__/__/____		__/__/____		

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
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				

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 - Qtd US	36 - Valor/R$	37 - Franquia/Co-participação R$	38 - Aut	39 - Data Realização	40 - Assinatura
1.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
2.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
3.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
4.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
5.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
6.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
7.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
8.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
9.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
10.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
11.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
12.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
13.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
14.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
15.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
16.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	
17.	9 4	0 0 0 0									__/__/____	

41 - Data Término do Tratamento	42 - Tipo de Atendimento	43 - Tipo de Faturamento	44 - Total Quantidade US	45 - Valor Total R$	46 - Total Franquia/Co-participação R$
__/__/____	__ 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortodontia 4. Urgência/Emergência 5. Auditoria	__ T - Total P - Parcial	_____,__	_____,__	_____,__

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. 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 do Beneficiário/Responsável	51 - Data, local e carimbo da Empresa
__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____