MOGIDONTO

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3_5_4_7_4_1_

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização __/__/____

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha __/__/____

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10- Empresa

11 - Validade da Carteira __/__/____

12 - Cartão Nacional de Saúde

13 - Nome

14 - Telefone (__)____-____

15 - Nome do titular do plano

16 -Atendimento a RN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante

18 - Número no CRO

19 - UF

20 - Código CBO

21 - Código na Operadora

22 - Nome do Contratado Executante

23 - Número no CRO

24 - UF

25 - Código CNES

26 - Nome do Profissional Executante

27 - Número no CRO

28 - UF

29 - Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

	30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde	36-Qtde US	37-Valor R$	38-Franquia (R$)	39-Aut	40-Cod. Negativa	41-Data de Realização	42-Assinatura
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

43 - Data de Término do Tratamento __/__/____

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Faturamento

46 - Total Quantidade US

47 - Valor Total (R$)

48 – Valor Total Franquia (R$)

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.

49 – Observação / Justificativa

50–Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante __/__/____

51–Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

52- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista __/__/____

53- Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável __/__/____

55-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56– Data do carimbo da empresa __/__/____