pame excelência em saúde

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº **123456789012**

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero Guia Principal
34240-8	__/__/____	__/__/____		__/__/____	

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-											__/__/____	
2-											__/__/____	
3-											__/__/____	
4-											__/__/____	
5-											__/__/____	
6-											__/__/____	
7-											__/__/____	
8-											__/__/____	
9-											__/__/____	
10-											__/__/____	
11-											__/__/____	
12-											__/__/____	
13-											__/__/____	
14-											__/__/____	
15-											__/__/____	
16-											__/__/____	
17-											__/__/____	

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

- para realizar o planejamento, favor verificar as coberturas contratuais
- não poderá ser cobrado do associado nenhuma diferença (R$) em relação ao procedimento solicitado, assim como ser realizado procedimento diferente do liberado em autorização.
- atenção para o prazo de validade (3 meses)
- Em caso de endodontia, prótese fixa e exodontia anexar RX inicial e final na fatura.
- Nos planos Pérola 210 e Pérola 510 (Odonto Persona) o associado tem co-participação em 30%, pagos diretamente no profissional, nas especialidades: periodontia, endodontia e dentística.

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
__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____