UNIODONTO® PLANOS ODONTOLÓGICOS AMAPÁ

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero 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-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
2-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
3-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
4-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
5-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
6-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
7-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
8-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
9-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
10-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
11-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
12-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
13-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|
14-	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|__|__|__|__|,|__|__|	|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|

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
|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|