

1 - Registro ANS 350362	3 - Data Emissão Guia	4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	--

Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Empresa	10 - Data Validade Carteira	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Nome		13 - Telefone	14 - Nome do titular do plano		

Dados do Contratado Executante						
15 - Nome do Profissional Solicitante ADESÃO AO PROGRAMA DE PREVENÇÃO ODONTOLÓGICA				16 - Número do CRO	17 - UF	18 - Cóbigo CBO S
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		20 - Nome do Contratado		21 - Número do CRO	22 - UF	23 - Cóbigo CNES
24 - Nome do Profissional Executante				25 - Número do CRO	26 - UF	27 - Cóbigo CBO S

SITUAÇÃO ATUAL DA CAVIDADE BUCAL																		28 - Sinais Clínicos de doença ?		29 - Alteração dos tecidos moles?	
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28					
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65								
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75								
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38					
																		LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL		30 - Observações	
																		SITUAÇÃO INICIAL:			
																		A - Ausente		C - Cariado	
																		E - Extração Indicada		R - Restaurado	
																		H - Hígido		N - Não Eruptado	

PLANO DE TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS PARA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO											
31 - Tabela	32 - Código do Procedimento	33 - Descrição	34 - Dente/Região	35 - Face	36 - Qtd.	37 - Quantidade US	38 - Valor R\$	39 - Franquia/Co-Participação	40 -Aut.		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											

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.						41 - Total Quantidade US	42 - Valor Total R\$	43 - Total Franquia / Co-participação
44 - Observações								
45 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			46 - Data, local e Assinatura do Associado / Responsável			47 - Data, local e Carimbo da Empresa		