REAL GRANDEZA
Fundação de Previdência e Assistência Social

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1- Registro ANS	3- Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5- Senha	6 - Data de Validade da Senha	7- Número da Guia Atribuido pela Operadora
331317		/ /		/ /	

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 Responsável pelo tratamento

17- Nome do Profissional Solicitante	18- Número do CRO	19- UF	20- Código CBO

21- Código da Operadora	22- Nome do Profissional Solicitante	23- Número do CRO	24- UF	25- Código CNES

26- Nome do Profissional Executante	27- Número do CRO	28- UF	29- Código CBO

Dados do 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
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	
1 -						,	,	,			/ /	

43 - Data de Término de 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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado, foi / foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por conta, ao profissional contratado que assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os cutos conforme previstos em contrato.

49 - Observação / justificativa

50 - Data de Assinatura do Cirurgião - Dentista Solicitante	51 - Assinatura do Cirurgião - Dentista Solicitante	52 - Data de Assinatura do Cirurgião - Dentista	53 - Assinatura do Cirurgião - Dentista
/ /		/ /	

54 - Data de Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data do Carimbo da Empresa
/ /		/ /

REAL GRANDEZA
Fundação de Previdência e Assistência Social

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1- Registro ANS: 331317
3- Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização ___ / ___ / ___
5- Senha
6 - Data de Validade da Senha ___ / ___ / ___
7- Número da Guia Atribuido 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 Responsável pelo tratamento

17- Nome do Profissional Solicitante
18- Número do CRO
19- UF
20- Código CBO
21- Código da Operadora
22- Nome do Profissional Solicitante
23- Número do CRO
24- UF
25- Código CNES
26- Nome do Profissional Executante
27- Número do CRO
28- UF
29- Código CBO

Dados do 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
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	

43 - Data de Término de 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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado, foi / foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por conta, ao profissional contratado que assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os cutos conforme previstos em contrato.

49 - Observação / justificativa

50 - Data de Assinatura do Cirurgião - Dentista Solicitante ___ / ___ / ___
51 - Assinatura do Cirurgião - Dentista Solicitante
52 - Data de Assinatura do Cirurgião - Dentista ___ / ___ / ___
53 - Assinatura do Cirurgião - Dentista

54 - Data de Assinatura do Beneficiário ou Responsável ___ / ___ / ___
55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
56 - Data do Carimbo da Empresa ___ / ___ / ___

REAL GRANDEZA
Fundação de Previdência e Assistência Social

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1- Registro ANS: 331317
3- Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização ___ / ___ / ___
5- Senha
6 - Data de Validade da Senha ___ / ___ / ___
7- Número da Guia Atribuido 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 Responsável pelo tratamento

17- Nome do Profissional Solicitante
18- Número do CRO
19- UF
20- Código CBO
21- Código da Operadora
22- Nome do Profissional Solicitante
23- Número do CRO
24- UF
25- Código CNES
26- Nome do Profissional Executante
27- Número do CRO
28- UF
29- Código CBO

Dados do 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
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	
1 -											/ /	

43 - Data de Término de 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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado, foi / foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por conta, ao profissional contratado que assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os cutos conforme previstos em contrato.

49 - Observação / justificativa

50 - Data de Assinatura do Cirurgião - Dentista Solicitante ___ / ___ / ___
51 - Assinatura do Cirurgião - Dentista Solicitante
52 - Data de Assinatura do Cirurgião - Dentista ___ / ___ / ___
53 - Assinatura do Cirurgião - Dentista

54 - Data de Assinatura do Beneficiário ou Responsável ___ / ___ / ___
55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
56 - Data do Carimbo da Empresa ___ / ___ / ___