GUIA DE AUDITORIA ODONTOLÓGICA

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia TISS:	4 - Data Emissão da Guia	5 - Plano
35.288-8		|__|__| / |__|__| / |__|__|	NUCLEP

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira	7 - Nome

Dados do Contratado

8 - CPF/CNPJ	9 - Nome do Profissional Executante

10 - CPF	11 - Nome do Auditor
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	

12 - Perícia Inicial	13 - Perícia Intermediária	14 - Perícia Final
|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não	|__| Sim |__| Não

Tratamento Autorizados

15 -Tabela	16 - Código do Procedimento	17 - Descrição	18 - Dente/Região	19 -Face	20 - Qtd
1-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|
2-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|
3-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|
4-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|
5-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|

Tratamento Não Autorizados

1-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|
2-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|
3-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|
4-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|_____|	|_____|	|__|__|

21 - Observação

22 - Data, local e Assinatura do Aditoria	23 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	24 - Data, local e Carimbo da Empresa
|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|