



NUCLEP

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

1 - Registro ANS 35288-8	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 600	9 - Plano PSS	10 - Empresa NUCLEP	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 _ _ 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria	43 - Tipo de Faturamento _ _ T - Total P - Parcial	44 - Total Quantidade US _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	45 - Valor Total R\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	46 - Total Franquia / Co-participação 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 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 _ _ / _ _ / _ _
---	---	---	---