

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
<small>Dados do(a) beneficiário(a)</small>					
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa			
57 - Nome Social					
13 - Nome	14 - Telefone		15 - Nome do titular do plano		
<small>Dados do Contratado Responsável pelo tratamento</small>					
17 - Nome do Profissional Solicitante					
21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante				
26 - Nome do Profissional Executante					
<small>Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados</small>					
30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente / Região	34 - Face	35 - Otdo
			36 - Cidade US	37 - Valor R\$	38 - Franquia (R\$)
39 - Aut	40 - Cod. Negativa	41 - Data de realização	42 - Assinatura		
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
16-					
17-					
18-					
19-					
20-					
43 - Data de término do tratamento	44 - Tipo de atendimento	45 - Tipo de Ituramento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)
			0,00	0,00	0,00
<p>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.</p>					
49 - Observação / Justificativa					
50 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista	
54 - Data da assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Responsável		55 - Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Responsável			

53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista