

DADOS DO BENEFICIÁRIO - Preenchimento obrigatório

Nº Cartão		Nome do paciente		
DDD - Telefone	DDD - Telefone	Email do titular		
Nome do titular				

DADOS DO EXECUTANTE - Preenchimento obrigatório

CNPJ (exclusivo para PJ)		Nome da Clínica (exclusivo para PJ)		
CPF do Dentista		Nome do Dentista		Conselho Profissional Nº CRO: UF:
Email				
DDD - Telefone	Endereço	Número	Complemento	Município UF CEP

DADOS DA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO - Preenchimento obrigatório

Data realização	Procedimento		Dente/arcada/ Segmento	Valor Apresentado	Assinatura do beneficiário (*)
	Cód.	Descrição			

DECLARAÇÃO

(*) Declaro que tenho pleno conhecimento do Regulamento de Subsídio da Assistência à Saúde.

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentados, aceitei e autorizei a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente.

Declaro, sob as penas dos artigos 171 e 299 do Código Penal e 927 do Código Civil, que os Procedimentos descritos(s) acima e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento, de forma satisfatória e foi(foram) devidamente pago(s).

Data e assinatura do Paciente/Responsável

Valor total R\$

ASSINATURA E CARIMBO DO DENTISTA - Preenchimento obrigatório

Data de término do tratamento	Assinatura e carimbo
-------------------------------	----------------------

Procedimentos mais frequentes

ANEXO VI - PRÓTESES TOTAIS E PARCIAIS REMOVÍVEIS BÁSICAS

- 900 Prótese Total
- 901 Prótese Total provisória (sem implantes)
- 902 Prótese parcial removível com grampo bilateral
- 903 Prótese parcial removível provisória com ou sem grampo

ANEXO VII - PRÓTESES NÃO ENQUADRADAS NOS ANEXOS VI E VIII

- 301 Coroa Metal/Cerâmica
- 302 Coroa Metal/Plástica
- 303 Coroa em cerâmica pura / metal free
- 304 Coroa Veneer
- 306 Coroa total em resina (indireta)
- 308 Onlay/ Inlay de Porcelana
- 309 Onlay/ Inlay de Resina
- 310 Faceta laminada de porcelana
- 311 Faceta laminada de resina (indireta)
- 315 Prótese Adesiva Metal/Cerâmica (3 elementos, 2 retentores e 1 pônico)
- 316 Prótese Adesiva Metal/Plástica (3 elementos, 2 retentores e 1 pônico)
- 317 Prótese Parcial Removível com encaixe
- 318 Encaixe por elemento para PPR

ANEXO VIII - IMPLANTES, PRÓTESES SOBRE IMPLANTES E ORTODONTIA

- 201 Overdenture com complementos
- 202 Coroa unitária sobre implante
- 203 Coroa provisória sobre implante
- 204 Prótese total provisória sobre implantes
- 205 Aparelho ortodôntico fixo total
- 206 Aparelho ortodôntico fixo parcial
- 207 Manutenção aparelho fixo controle mensal (máximo 6)
- 208 Ortopedia funcional dos Maxilares (descrever o aparelho)
- 209 Aparelho extra bucal
- 210 Placa de Hawley e aparelho para pequenos movimentos
- 211 Barra palatina ou arco lingual
- 212 Placa lábio ativa
- 213 Barra trans palatina (BTP)
- 214 Disjuntor palatino
- 215 Quadrilhélice
- 216 Grade palatina fixa
- 217 Grade palatina móvel
- 218 Mantedor de espaço
- 219 Manutenção aparelho móvel controle mensal (máximo 6)
- 220 Implante osteointegrado
- 221 Abutment/ complemento

SENHOR BENEFICIÁRIO

Lembre-se:

- Obrigatório preenchimento de todos os campos da guia, inclusive datas e assinaturas;

- Anexar documentação necessária, conforme Regulamento de Subsídio da Assistência à Saúde;

- O recibo/nota fiscal original deve ser anexado à guia e deve conter: data de emissão, nome do paciente, valor total do tratamento, tratamento efetuado, endereço completo, CPF/CNPJ e número do CRO do executante. O envio de Nota Fiscal é obrigatório quando o prestador for Pessoa Jurídica.