GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

DADOS DO PACIENTE	
1. Nome do paciente:	2. Matrícula:
3. Município:	4. Data Nascimento: ____ / ____ / ____

DADOS DO PRESTADOR	
5. Nome:	
6. Matrícula:	7. Município:

PLANO DE TRATAMENTO		TRATAMENTO REALIZADO
8. Código do procedimento	9. Valor do procedimento (R$)	10. Data da realização do procedimento
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____
11. Valor Total: **R$**		

Ciente do Plano de Tratamento proposto e de que a realização de cada procedimento será validada por minha assinatura na(s) guia(s) de autorização(s) do SAFe.

_____ ____ / ____ / ____

Assinatura do Paciente / Representante Legal — Data

Obs: O beneficiário deve assinar este campo na data da consulta. Em caso de atendimento de urgência, o beneficiário deve assinar este campo na data do atendimento.

OBSERVAÇÃO DO PROFISSIONAL

_____

_____

_____

_____

_____

NECESSIDADE DE RAIO X

☐ Não. ☐ Sim - Anexado nesta fatura . ☐ Sim - Enviado por e-mail em: ___ / ___ / ____

_____ ____ / ____ / ____

Assinatura do(s) Profissional(is) e Carimbo — Data