

2 - Nº Guia no Prestador: _____

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização / /	5-Senha	6 - Data Validade da Senha / /	7 - Numero Guia Atribuído pela Operadora
------------------	------------------------------	--------------------------------	---------	-----------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9- Plano	10- Empresa	11 - Data Validade da Carteira / /	12 - Cartão Nacional de Saúde
13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano		16 - Atendimento a RN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante			18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO	
21 - Código na Operadora		22 - Nome do Contratado Executante		23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
26 - Nome do Profissional Executante			27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33-Dente/ Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade 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											/ /	

Guia Tratamento Odontológico

43 - Data Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total R\$	48 - Valor Total Franquia 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.

49 - Observação / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista / /	
	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
54 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável / /		56 - Data e carimbo da Empresa Beneficiário ou Responsável	
	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**1 OBJETIVO**

1.1 Faturar procedimentos odontológicos realizados por profissionais e entidades credenciados da Saúde CAIXA.

2 NORMA**2.1 GESTOR**

2.1.1 GESAP - GN Plano de Saúde e Previdência Complementar.SUAPE/GESAD

2.2 VINCULAÇÃO

2.2.1 Manual Normativo: [RH166](#).

2.3 DISPONIBILIZAÇÃO DO MODELO

2.3.1 Modelo Gráfico disponível:

-por solicitação à GILOG, através do SIMAC opção 4.20 da Rede Caixa, sendo que a gestão do estoque também é feita por meio do SIMAC - Sistema de Material de Consumo.

2.3.2 Formulário eletrônico disponível:

- por meio de *download* clicando no "link": [MO21242005](#)

2.4 QUANTIDADE E DESTINAÇÃO DE VIAS

2.4.1 O modelo é preenchido em 1 via pelo profissional credenciado do Saúde CAIXA.

2.5 UNIDADES QUE UTILIZARÃO O MODELO

2.5.1 Todas as unidades da CAIXA.

2.6 MODELO A SER SUBSTITUÍDO

2.6.1 21.242 v004, de imediato.

2.7 PRAZO DE ARQUIVAMENTO

2.7.1 O modelo é arquivado por 5 anos na GIPES.

2.8 GRAU DE SIGILO

2.8.1 #Público

2.8.2 Em cumprimento às determinações da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o formulário não contém o campo "Grau de sigilo".

2.9 ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR

2.9.1 Subitem [2.1.1](#) – de SUAPE/GESAD para GESAP – GN Plano de Saúde e Previdência Complementar em conformidade com o [OR005](#).

2.9.2 Subitem [2.3.1](#) – substituição de "GIMAT" por "GILOG", conforme novo modelo de gestão da CAIXA preconizado no [OR005](#).

2.9.3 Subitem [2.6.1](#) - substituição da expressão "ao final do estoque" por "de imediato".

2.9.4 Subitem [3.1.1](#) – dos Procedimentos, com exclusão da tabela com explicação de preenchimento de cada campo e inclusão do termo "O Formulário possui campos autoexplicativos".

2.9.5 Subitem 2.10.2.8 – Exclusão do subitem contendo quantidade para primeira impressão.

- 2.9.6** Subitem 2.10.2.9 – Exclusão do subitem com referência ao Local de Entrega.
- 2.9.7** Inclusão de obrigatoriedade para preenchimento dos campos 34 (quando for necessário identificar a face do dente que recebe o tratamento), 31, 39, 42, e 43 do formulário.

2.10 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

2.10.1 MODELO ELETRÔNICO

- 2.10.1.1** Tipo de modelo: formulário eletrônico.
- 2.10.1.2** Impressão/Tipo de papel: anterior e posterior ao preenchimento, em papel A4 - mod. 71.139.
- 2.10.1.3** Formato do modelo: 210 mm (largura) x 297 mm (altura).

2.10.2 MODELO GRÁFICO

- 2.10.2.1** Tipo de modelo: formulário plano.
- 2.10.2.2** Formato de produção: 210 mm (largura) x 297 mm (altura).
- 2.10.2.3** Vias/Papel/Cor/Gramatura: apergaminhado ou similar, cor branca, de 90 g/m².
- 2.10.2.4** Impressão: Impressão: tipo “offset”, frente, em preto 100% para fios, quadros, textos à exceção d detalhes rachurados reticulados a 20% do preto.
- 2.10.2.4.1** Impressão da logo do SAÚDE CAIXA: em azul (Pantone 293 U) 100% para a palavra “CAIXA”, do detalhe do “x”, reticulado a 40% do azul (Pantone 293 U).
- 2.10.2.5** Tipografias: Swis721 Md BT e Arial Narrow.
- 2.10.2.6** Unidade considerada para suprimento: bloco com 100 jogos.
- 2.10.2.7** Acondicionamento: pacote com 8 blocos.

3 PROCEDIMENTOS

3.1 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- 3.1.1** O formulário possui campos autoexplicativos.