



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

PACIENTE	IDADE	CIDADE

[illegible]

TEMPO ESTIMADO DE TRATAMENTO:

VALOR TOTAL:

OBS.:

CONSIGNATÁRIO (credenciado)

() DECLARO QUE CONCORDO COM AS NORMAS VIGENTES DO PRÓ-SOCIAL.

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

() CONCORDO COM O TRATAMENTO INDICADO E AUTORIZO A CONSIGNAÇÃO COMPULSÓRIA EM FOLHA DE PAGAMENTO DOS VALORES CORRESPONDENTES A ESTA GUIA, DE ACORDO COM AS NORMAS VIGENTES DO PRÓ-SOCIAL.

() CONCORDO COM O TRATAMENTO INDICADO E JÁ AUTORIZEI, NO PRÓ-SOCIAL, A CONSIGNAÇÃO EM FOLHA DE PAGAMENTO.

____/____/____
DATA

ASSINATURA DO TITULAR

() DECLARO QUE OS PROCEDIMENTOS ACIMA FORAM REALIZADOS E CONCORDO COM AS OBSERVAÇÕES CONSTANTES NESTA GUIA.

DATA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

- Mais informações: Regulamento do Pró-Social, IN-38-03 e suas alterações.