



12405363

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 4 / 2 4	4-Data de Autorização / /	5-Senha AUTORIZADA	6-Data Validade da Senha 2 1 / 0 6 / 2 4
--------------------------	--	------------------------------	-----------------------	---

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 8 4 3 4 9 0 0 0 1 1 3 0 1	8-Plano DENTAL ELITE	9-Empresa TERA INDUSTRIA DE PAPEIS -	10-Data Validade da Carteira 1 1 / 0 5 / 2 7	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 700201490626525
12-Nome HUESLEI CARDOZO DOS SANTOS		13-Telefone () 3 6 5 8 - 1 8 8 8	14-Nome do titular do plano HUESLEI CARDOZO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Executante

15-Nome do Profissional Solicitante ANDREA GROSS		16-Número no CRO 9411	17-UF PR	18-Código CBO S 09
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 9 4 6 8 7 6 4 9 1 5	20-Nome do Contratado ANDREA GROSS	21-Número no CRO 9411	22-UF PR	23-Código CNES 3592448
24-Nome do Profissional Executante ANDREA GROSS		25-Número no CRO 9411	26-UF PR	27-Código CBO S 09

Situação Atual da Cavidade Bucal

Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	28-Sinais clínicos de doença Sim Não	29-Alteração dos tecidos Sim Não
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL	
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				SITUAÇÃO INICIAL: A - Ausente C - Cariado E - Extração Indicada H - Higido RA - Restaurado Amálgama RP - Restaurado Prótese RR - Restaurado Resina	
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	30-Observações	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados para a realização do tratamento

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-	35-	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor R\$	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut
1 - 9 4	3 4 5	DOC ORTODONTICA "A"			1	7 7 6 , 0 0	1 3 9 , 6 8		S
2 -									
3 -									
4 -									
5 -									
6 -									
7 -									
8 -									
9 -									
10									
11									
12									
13									
14									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos e custos 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.

44-Observação	41-Total Quantidade US 7 7 6 , 0 0	42-Valor Total R\$ 1 3 9 , 6 8	43-Total Franquia/Co-participação R\$
	45-Data, local e Ass. do Cirurgião- / /	46-Data, local e Ass. do Associado / /	47-Data, local e Carimbo da Empresa / /