



14155418

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 7 / 2 5	4-Data de Autorização / /	5-Senha AUTORIZADA	6-Data Validade da Senha 2 2 / 0 9 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	---

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 2 4 8 0 4 0 0 0 0 1 0 1	8-Plano DENTAL ESSENCIAL	9-Empresa PESSOA FISICA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 704201286018388
12-Nome REJANE JESUS DE OLIVEIRA		13-Telefone () -	14-Nome do titular do plano REJANE JESUS DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Executante

15-Nome do Profissional Solicitante	16-Número no CRO	17-UF	18-Código CBO S
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 	20-Nome do Contratado	21-Número no CRO	22-UF
24-Nome do Profissional Executante	25-Número no CRO	26-UF	27-Código CBO S

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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29-Alteração dos tecidos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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	30-Observações
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			

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	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1 4 4 , 0 0	6 4 , 8 0		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 1 4 4 , 0 0	42-Valor Total R\$ 6 4 , 8 0	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 / /