


 1-Registro ANS  
 304484

 3-Data de Emissão da Guia  
 124|107|125

 4-Data de Autorização  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

 5-Senha  
 AUTORIZADA

 6-Data Validade da Senha  
 22|09|25

## Dados do Beneficiário

 7-Número da Carteira  
 00202552480400000101

 8-Plano  
**DENTAL ESSENCIAL**

 9-Empresa  
**PESSOA FÍSICA**

 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

23-Código CNES

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
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

## 28-Sinais clínicos de doença

 Sim

 Não

## 29-Alteração dos tecidos

 Sim

 Não

## LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

 SITUAÇÃO INICIAL:  
 A - Ausente  
 C - Cariado  
 E - Extração Indicada  
 H - Higido

 RA - Restaurado Amálgama  
 RP - Restaurado Prótese  
 RR - Restaurado Resina

## 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
1-94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	64,80		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.

41-Total Quantidade US

\_\_\_\_\_|144,00

42-Valor Total R\$

\_\_\_\_\_|64,80

43-Total Franquia/Co-participação R\$

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

44-Observação

45-Data, local e Ass. do Cirurgião-

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

46-Data, local e Ass. do Associado

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

47-Data, local e Carimbo da Empresa

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_