



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - LEVANTAMENTO ATUAL E PLANO DE TRATAMENTO

2-Nº



12085759

1-Registro ANS
304484

3-Data de Emissão da Guia
24/01/24

4-Data de Autorização
/ / /

5-Senha
AUTORIZADA

6-Data Validade da Senha
24/03/24

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira
00202538434900008701

8-Plano
DENTAL ELITE

9-Empresa
TERA INDUSTRIA DE PAPEIS -

10-Data Validade da Carteira
14/08/27

11-Número do Cartão Nacional de Saúde
705006477253750

12-Nome
MARIANE NASCIMENTO DE CASTRO

13-Telefone
() -

14-Nome do titular do plano
RONALDO DE DEUS CARDOSO

Dados do Contratado Executante

15-Nome do Profissional Solicitante
LUCIANE DE FATIMA IMBRONIZIO

16-Número no CRO
12549

17-UF
PR

18-Código CBO S
09

19-Código na Operadora / CNPJ / CPF
01651629960

20-Nome do Contratado
LUCIANE DE FATIMA IMBRONIZIO

21-Número no CRO
12549

22-UF
PR

23-Código CNES
9999999

24-Nome do Profissional Executante
LUCIANE DE FATIMA IMBRONIZIO

25-Número no CRO
12549

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
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	345	DOC ORTODONTICA "A"			1	776,00	139,68		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
776,00

42-Valor Total R\$
139,68

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
/ /