



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - LEVANTAMENTO ATUAL E PLANO DE TRATAMENTO

2-Nº



14157940

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 1 1 6 1 7 6 8 0 0 0 7 3 7 0 1	8-Plano DENTAL ELITE	9-Empresa INTELBRAS S.A. INDUSTRIA DE	10-Data Validade da Carteira / / / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 700501348248955
12-Nome MARIA CLARA SILVA		13-Telefone () -	14-Nome do titular do plano MARIZA FAUSTINO PACHECO	

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 H	17 H	16 H	15 H	14 H	13 H	12 H	11 H	21 H	22 H	23 H	24 H	25 H	26 H	27 H	28 H	28-Sinais clínicos de doença Sim Não	29-Alteração dos tecidos Sim Não
Decíduos				55 A	54 A	53 A	52 A	51 A	61 A	62 A	63 A	64 A	65 A				LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL	
Decíduos				85 A	84 A	83 A	82 A	81 A	71 A	72 A	73 A	74 A	75 A				SITUAÇÃO INICIAL: A - Ausente C - Cariado E - Extração Indicada H - Hígido RA - Restaurado Amálgama RP - Restaurado Prótese RR - Restaurado Resina	
Permanentes	48 H	47 H	46 H	45 H	44 H	43 H	42 H	41 H	31 H	32 H	33 H	34 H	35 H	36 H	37 H	38 H	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	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0	1 5 , 3 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.		41-Total Quantidade US 3 4 , 0 0	42-Valor Total R\$ 1 5 , 3 0	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 / / / /