



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - LEVANTAMENTO ATUAL E PLANO DE TRATAMENTO

2-Nº



13206950

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

Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 5 5 1 6 9 0 0 0 0 0 1 0 1	8-Plano DENTAL ESSENCIAL	9-Empresa ARYANE DO PRADO MOREIRA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 703401996536600
12-Nome CLAUDIO ALVES MOREIRA		13-Telefone () -	14-Nome do titular do plano ARYANE DO PRADO MOREIRA	

Dados do Contratado Executante				
15-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARIA VICENTIN FANHANI LOPES		16-Número no CRO 14926	17-UF PR	18-Código CBO S 09
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6 3 4 4 2 7 9 5 9 1 5	20-Nome do Contratado LUCIANA MARIA VICENTIN FANHANI LOPES	21-Número no CRO 14926	22-UF PR	23-Código CNES 6330568
24-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARIA VICENTIN FANHANI LOPES		25-Número no CRO 14926	26-UF PR	27-Código CBO S 09

Situação Atual da Cavidade Bucal																28-Sinais clínicos de doença Sim Não		29-Alteração dos tecidos Sim Não		
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL			
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				SITUAÇÃO INICIAL: A - Ausente C - Cariado E - Extração Indicada H - Higido			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				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	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAND			1	1 7 7, 0 0	3 1, 8 6		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 1 7 7, 0 0	42-Valor Total R\$ 3 1, 8 6	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 / /