



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - LEVANTAMENTO ATUAL E PLANO DE TRATAMENTO

2-Nº



14464669

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 08/10/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha AUTORIZADA	6-Data Validade da Senha 07/12/25
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 00202511202210000101	8-Plano DENTAL ESSENCIAL	9-Empresa PESSOA FISICA	10-Data Validade da Carteira 23/10/28	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 701407641252531
12-Nome VITOR MANOEL DA COSTA SOUZA		13-Telefone () -	14-Nome do titular do plano THALITA IRIS CARVALHO ALEXANDRE	

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 11060648601		20-Nome do Contratado JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		21-Número no CRO 44158	22-UF MG	23-Código CNES
24-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				25-Número no CRO 44158	26-UF MG	27-Código CBO S

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-	0085100200																RESTAURACAO RESINA FOTO 2 FACES	26	OM	1	88,00	39,60		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 88,00	42-Valor Total R\$ 39,60	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 / /