



332004

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização / / /	5-Senha AUTORIZADO	6-Data Validade da Senha 2 8 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--------------------------------	-----------------------	---

Dados do Beneficiário		7-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 6 5 4 3 2 0 0 0 1 1 0 0 1		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome HELENA LUCIA MARINHO VIANA				13-Telefone ( ) -		14-Nome do titular do plano HELENA LUCIA MARINHO VIANA	

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 5 7 8 6 8 8 3 2 6 4 9		20-Nome do Contratado ATAMIS MARIA VELOSO MALTA		21-Número no CRO 43182	22-UF RJ	23-Código CNES
24-Nome do Profissional Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA				25-Número no CRO 43182	26-UF RJ	27-Código CBO S

Situação Atual da Cavidade Bucal																28-Sinais clínicos de doença Sim Não		29-Alteração dos tecidos moles? Sim Não		
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	LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL		30-Observações	
																SITUAÇÃO INICIAL: A - Ausente C - Cariado E - Extração Indicada H - Higido		RA - Restaurado Amálgama RP - Restaurado Prótese RR - Restaurado Resina		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados para a realização do tratamento															
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor R\$	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut						
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	47	O	1	6 1,0 0	2 7,4 5		S						
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	16	M	1	6 1,0 0	2 7,4 5		S						
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 2 2,0 0	42-Valor Total R\$ 5 4,9 0	43-Total Franquia/Co-participação R\$
44-Observação	45-Data, local e Ass. do Cirurgião-Dentista / /	46-Data, local e Ass. do Associado / /	47-Data, local e Carimbo da Empresa / /	