



2-Nº

332004

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13 | 0 | / 0 | 6 | / 2 | 0 |

4-Data de Autorização
_____ / _____ / _____

5-Senha
AUTORIZADO

6-Data Validez da Senha
2 | 8 | / 0 | 9 | / 2 | 0 |

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira
10 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 2 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |

8-Pano
POS REDE PRESTADORA

9-Empresa
ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA

10-Data Validez 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

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 moles?

Sim Não

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

SITUAÇÃO INICIAL:
A - Ausente
C - Carádio
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-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	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	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 -	3 -								
4 -	4 -								
5 -	5 -								
6 -	6 -								
7 -	7 -								
8 -	8 -								
9 -	9 -								
10 -	10 -								
11 -	11 -								
12 -	12 -								
13 -	13 -								
14 -	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
| | | | | | | | | | | | | | | |