



235871

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

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 8 4 3 3 0 0 0 4 6 6 5 0 1	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa COMAU DO BRASIL IND E	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome THALLYSON LIMA CABRAL		13-Telefone () -	14-Nome do titular do plano THALLYSON LIMA CABRAL	

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 1 1 4 1 4 2 8 8 7 3 5	20-Nome do Contratado ANA CAROLINA CHAVES DE SOUZA	21-Número no CRO 104218	22-UF SP	23-Código CNES
24-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA CHAVES DE SOUZA		25-Número no CRO 104218	26-UF SP	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	28-Sinais clínicos de doença Sim Não	29-Alteração dos tecidos moles? Sim Não
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL	
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				SITUAÇÃO INICIAL: A - Ausente C - Cariado E - Extração Indicada H - Hígido RA - Restaurado Amálgama RP - Restaurado Prótese RR - Restaurado Resina	30-Observações
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

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 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6,0 0	1 1,5 2		N
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6,0 0	1 1,5 2		N
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6,0 0	1 1,5 2		N
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	Haid		1	3 6,0 0	1 1,5 2		N
5- 0 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4,0 0	1 0,8 8		S
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.

44-Observação	41-Total Quantidade US 1 7 8,0 0	42-Valor Total R\$ 5 6,9 6	43-Total Franquia/Co-participação R\$
	45-Data, local e Ass. do Cirurgião-Dentista / /	46-Data, local e Ass. do Associado / /	47-Data, local e Carimbo da Empresa / /