



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - LEVANTAMENTO ATUAL E PLANO DE TRATAMENTO

2-Nº



13821097

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 4 / 2 5	4-Data de Autorização / / /	5-Senha AUTORIZADA	6-Data Validade da Senha 2 9 / 0 6 / 2 5
--------------------------	--	--------------------------------	-----------------------	---

Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 3 2 0 5 7 0 0 0 0 0 8 0 1	8-Plano DENTAL PRIME	9-Empresa SUPERMERCADO SUPERPAO	10-Data Validade da Carteira / / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008856803903
12-Nome JEAN TIAGO PAULICHEN		13-Telefone () -	14-Nome do titular do plano JEAN TIAGO PAULICHEN	

Dados do Contratado Executante				
15-Nome do Profissional Solicitante MAURO FERNANDO ROMAN		16-Número no CRO 7346	17-UF PR	18-Código CBO S 09
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 1 3 6 9 6 9 7 9 5 3	20-Nome do Contratado MAURO FERNANDO ROMAN	21-Número no CRO 7346	22-UF PR	23-Código CNES 2568187
24-Nome do Profissional Executante MAURO FERNANDO ROMAN		25-Número no CRO 7346	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 / /