



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - LEVANTAMENTO ATUAL E PLANO DE TRATAMENTO

2-Nº



12405368

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

Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 8 4 3 4 9 0 0 0 0 1 1 0 1	8-Plano DENTAL ELITE	9-Empresa TERA INDUSTRIA DE PAPEIS -	10-Data Validade da Carteira 2 6 / 0 5 / 2 5	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 706306167924180
12-Nome PAMELA CARINA CAVALLARI		13-Telefone () -	14-Nome do titular do plano CARLOS DOS SANTOS	

Dados do Contratado Executante				
15-Nome do Profissional Solicitante ANDREA GROSS		16-Número no CRO 9411	17-UF PR	18-Código CBO S 09
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 9 4 6 8 7 6 4 9 1 5	20-Nome do Contratado ANDREA GROSS	21-Número no CRO 9411	22-UF PR	23-Código CNES 3592448
24-Nome do Profissional Executante ANDREA GROSS		25-Número no CRO 9411	26-UF PR	27-Código CBO S 09

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 Sim Não	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			RA - Restaurado Amálgama RP - Restaurado Prótese RR - Restaurado Resina			30-Observações								
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															

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	3 4 5	DOC ORTODONTICA "A"			1	7 7 6 , 0 0	1 3 9 , 6 8		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 7 7 6 , 0 0	42-Valor Total R\$ 1 3 9 , 6 8	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 / /