



mercado para você abrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2300894
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentha
04/08/25

6-Número de Guia Principal
13838781

5-Sentha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
06/05/25

3-Data de Emissão da Guia
06/05/25

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira
12-Número do Contrato Nacional de Saúde

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LAUREN FERREIRA MELO

13-Nome
LAUREN FERREIRA MELO

17-12/1991

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

Devido do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
KPC CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI

20-Código CBC S
06

19-UF
SP

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF
13001647155000110

22-Nome do Contratado Excecuinte
KPC CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI

24-UF
SP

23-Número no CRO
121219

25-Código CNES
2877171

26-Nome do Profissional Excecuinte
KARINA PRADO CACIANO

27-Número no CRO
121219

28-UF
SP

29-Código CBC S

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fact	35-Qtd	36-Quantidade US	37-V/abr	38-Fra-igual Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorificação
1	001851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	161100		0,00		16/05/25	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas 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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar - em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

53-Data, local e Carimbo de Empresa