

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

576439
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 5 / 1 0 / 9 / 1 2 / 1

6-Número da Guia Principal
8671421

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 2 / 2 / 1 0 6 / 1 2 / 1

3-Data de Emissão da Guia
0 7 / 1 0 6 / 1 2 / 1

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0 0 / 2 0 2 5 / 3 4 6 8 6 7 0 0 0 0 1 0 3

13-Nome
YAN FERREIRA ARANHA

12-Número do Certificado Nacional de Saúde
ELLEN STEPHANY FERREIRA ARANHA

15-Nome do titular do plano
ELLEN STEPHANY FERREIRA ARANHA

14-Telefone
(1 9 1 2 1) 9 9 4 3 1 3 1 6 1 5 1 6 1 7

18-Número no CRQ
4602

19-UF
AM

20-Código CBO \$
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 0 1 1 8 1 2 1 2 1 5 1

22-Nome do Contratado Executante
KAIO AZEDO LEITE

23-Número no CRQ
4602

24-UF
AM

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
KAIO AZEDO LEITE

27-Número no CRQ
4602

28-UF
AM

29-Código CBO \$

30-Quantidade US

31-Face

32-Quantidade US

33-Data de Realização

34-Aut

35-Valor

36-Valor

37-Valor

38-Valor

39-Valor

40-Valor

41-Valor

42-Valor

43-Valor

44-Valor

45-Valor

46-Valor

47-Valor

48-Valor

49-Valor

50-Valor

51-Valor

52-Valor

53-Valor

54-Valor

55-Valor

56-Valor

57-Valor

58-Valor

59-Valor

60-Valor

61-Valor

62-Valor

63-Valor

64-Valor

65-Valor

66-Valor

67-Valor

68-Valor

69-Valor

70-Valor

71-Valor

72-Valor

73-Valor

74-Valor

75-Valor

76-Valor

77-Valor

78-Valor

79-Valor

80-Valor

81-Valor

82-Valor

83-Valor

84-Valor

85-Valor

86-Valor

87-Valor

88-Valor

89-Valor

90-Valor

91-Valor

92-Valor

93-Valor

94-Valor

95-Valor

96-Valor

97-Valor

98-Valor

99-Valor

100-Valor

101-Valor

102-Valor

103-Valor

104-Valor

105-Valor

106-Valor

107-Valor

108-Valor

109-Valor

110-Valor

111-Valor

112-Valor

113-Valor

114-Valor

115-Valor

116-Valor

117-Valor

118-Valor

119-Valor

120-Valor

121-Valor

122-Valor

123-Valor

124-Valor

125-Valor

126-Valor

127-Valor

128-Valor

129-Valor

130-Valor

131-Valor

132-Valor

133-Valor

134-Valor

135-Valor

136-Valor

137-Valor

138-Valor

139-Valor

140-Valor

141-Valor

142-Valor

143-Valor

144-Valor

145-Valor

146-Valor

147-Valor

148-Valor

149-Valor

150-Valor

151-Valor

152-Valor

153-Valor

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

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 2 / 9 / 1 1 0 6 / 1 1 2 4 / Ellen Stephany Ferreira Aranha

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 2 / 9 / 1 1 0 6 / 1 1 2 4 / Dr. Kaio Azedo Leite

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 2 / 9 / 1 1 0 6 / 1 1 2 4 / CRQ - AM 4602

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 2 / 9 / 1 1 0 6 / 1 1 2 4 / CRQ - AM 4602