



Franchising para você abrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/09/2019

4-Data de Autorização
12/09/2019

5-Sunha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7916929

7-Data Validade da Sunha
12/08/2020

385814
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020202531806800000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade de Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome
KELLEN CRISTINA DE SA RODRIGUES

14-Telefone
(19) 21 381 61 24

15-Nome do titular do plano
KELLEN CRISTINA DE SA RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Admissionamento a RN
N
KAIO AZEDO LEITE

17-Nome do Profissional Solicitante
KAIO AZEDO LEITE

18-Número no CRO
4602

19-UF
AM

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

000118121251

22-Nome do Contratado Executante
KAIO AZEDO LEITE

23-Número no CRO
4602

24-UF
AM

25-Código CHES

26-Nome do Profissional Executante

KAIO AZEDO LEITE

27-Número no CRO
4602

28-UF
AM

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-0101810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASE	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	12/09/2019	Kellen
2-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/09/2019	Kellen
3-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/09/2019	Kellen
4-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/09/2019	Kellen
5-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/09/2019	Kellen
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento
12/09/2019

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1178,00

47-Valor Total R\$

48-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), 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/09/2019

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/09/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/09/2019

53-Data, local e Carimbo da Empresa