



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/11/2019 4-Data de Autorização 11/11/2019 5-Senha 14696075 6-Número da Guia Principal 14696075 7-Data Validade da Guia 10/13/2021 8-2569419 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020251157959001618021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SCHULZ SA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702301043929620

13-Nome KASSANDRA VITORIA ALVES HENNIG 14-Teléfono () 21/12/2019 15-Nome do titular do plano RAFAEL ROBERTO HENNIG

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA KAMINSKI 18-Número no CRO 23505 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0548444985 22-Nome do Contratado Executante CAMILA KAMINSKI 23-Número no CRO 23505 24-UF SC 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CAMILA KAMINSKI 27-Número no CRO 23505 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	17,20	10,00			05/11/2019		
2-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	10,00			05/11/2019		
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-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial										

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2019 Dra. Camila Kaminski 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2019 Dra. Camila Kaminski 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2019 Rafael Roberto Hennig 53-Data, local e Carimbo da Empresa