

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 2/12/5 4-Data de Autorização 5-Serinha 6-Número da Guia Principal 14706289 7-Data Validade da Serinha 10/7/10 2/12/6 2572098 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202506759170100006805 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTSCARE LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702405594575224

13-Nome HEITOR FABRE MARCOLINO 14-Telefone 27/10/2017 15-Nome do Titular do plano MAICON RAFAEL MARCOLINO

16-Atendimento a RN CAMILA KAMINSKI 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 10548444985 22-Nome do Contratado Executante CAMILA KAMINSKI 23-Número no CRO 23505 24-UF SC 25-Código CHES 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- Tabela	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 Ocorrencia	42- Assinatura
1	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	71	1	1	73,10	10,10	10,10	10,10	10/11/12	25	Camila
2	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	13	1	1	14,10	10,10	10,10	10,10	10/11/12	25	Camila
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 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), 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 10/9/11 12/12/5 Dra. Camila Kaminski Cirurgiã - Dentista CRO/SC 23505 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/9/11 12/12/5 Dra. Camila Kaminski Cirurgiã - Dentista CRO/SC 23505 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/11 12/12/5 Gabriela Elu 53-Data, local e Cartão da Empresa