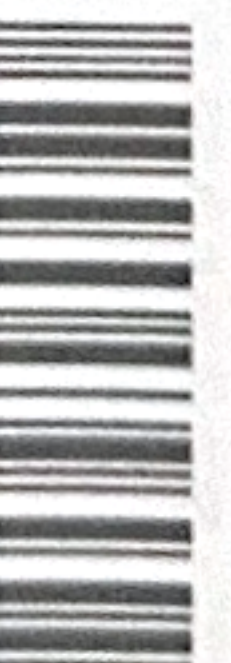


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2568395
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 04/11/2025 4-Data de Autorização 5-Série 6-Número da Guia Principal 14692381 7-Data Validade da Série 02/10/2026

8-Número da Carteira 00202512491620000011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Carteira Nacional de Saúde 706004381605644

13-Nome ALEXANDRA DA LUZ MAURICIO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ALEXANDRA DA LUZ MAURICIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RVN 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-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 Causa	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	4,00	0,00			02/11/25	15	
2-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3	4,00	0,00			01/11/25	15	
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista 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), 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 Sra. Camila Kaminski 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dru. Camila Kaminski 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa