



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 21/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha / /	6-Número da Guia Principal 14696510	7-Data Validade da Senha 10/03/10 12/12/16	2569540 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	------------------------------	----------------	--	---	------------------------

8-Número da Carteira 0002025116849500000304	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CREDITARE RECUPERACAO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 702100799578398
13-Nome GABRIELA DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano TACIANE ALBANO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA KAMINSKI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0548444985	22-Nome do Contratado Executante CAMILA KAMINSKI
26-Nome do Profissional Executante CAMILA KAMINSKI	27-Número no CRO 23505
18-Número no CRO 23505	19-UF SC
23-Número no CRO 23505	24-UF SC
25-Código CNE S	29-Código CRO S
20-Código CRO S	29-UF SC
Faturar Empresa	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rancho	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Método da Classe	42- Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/05/11	25	GABRIELA
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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 10/05/11 21/25 Dra. Camila Kaminski Cirurgiã - Dentista CRO/SC 23505	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/11 21/25 Dra. Camila Kaminski Cirurgiã - Dentista CRO/SC 23505	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/11 21/25 Gabriela dos Santos	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
--	--	--	---