



2609976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/01/2016	4-Data de Autorização 22/01/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14824345	7-Data Validade da Senha 23/03/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202501561300261002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MILI SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706004332831547
13-Nome VIVIANE STEIN 06/02/1985			14-Telefone (48) 4864-6393	15-Nome do titular do plano FELIPE JOSE DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES	18-Número no CRO 3754	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 88897753949	22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES	23-Número no CRO 3754	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES		27-Número no CRO 3754	28-UF SC	29-Código CBO S	

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/01/2016		Viviane
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	22/01/2016		Viviane
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/01/2016	44-Tipo de Atendimento 1-1.Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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) 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 22/01/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Mauriem de Souza Pes
3 Esp: D.O. Profissional Dentista
CRO/SC 3754 - CPF 888.977.539-49

Dr. Mauriem de Souza Pes
3 Esp: D.O. Profissional Dentista
CRO/SC 3754 - CPF 888.977.539-49