



2148676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/24	4-Data de Autorização 23/12/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 2148676	7-Data Validade da Senha 18/03/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202501561300261003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MILI SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LAVINIA STEIN DE ALMEIDA	14-Telefone 09/05/2007	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 / CPP 88897753949	22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES	23-Número no CRO 3754	24-UF SC	25-Código CNEB
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES	27-Número no CRO 3754	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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/12/24		LAVINIA
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	20/12/24		LAVINIA
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/12/24	44-Tipo de Atendimento 11-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 11-1-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 20/12/24 Dr. Mauriem de Souza Pes 3 Esp. DTM, Proteses Dentárias CRO/SC 3754 CPF 888.977.539-49	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/12/24 Dr. Mauriem de Souza Pes 3 Esp. DTM, Proteses Dentárias CRO/SC 3754 CPF 888.977.539-49	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/12/24 Lavinia Stein	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------