



334783
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/17 4-Data de Autorização 10/11/17 5-Senha ABERTO 6-Número da Carteira 00202501561300220802 7-Data Validade da Guia 10/11/17 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

10-Empresa MILI SA 11-Data Validade da Carteira 11/11/17 13-Nome KLIVIA ROBERTA DOS SANTOS 14-Telefone 30/05/1984 15-Nome do titular do plano GILDO DANIEL FERREIRA DA SILVA 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JEFERSON FERNANDO MARTINS 18-Número no CRO 3297 19-UF AL 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192340261872 JEFERSON FERNANDO MARTINS 22-Nome do Contratado Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS 23-Número no CRO 3297 24-UF AL 25-Código CNES 3297 26-Nome do Profissional Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS 27-Número no CRO 3297 28-UF AL 29-Código CBO S 3424

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00	0,00	N	10/11/17	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/17 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 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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: Leito Rx após pronta cor e batimento de dentes, feita via do dente 11 que gelou na qual 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/17 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/17 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 10/11/17 53-Data, local e Carimbo da Empresa