



415788
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/11 11/210 4-Data de Autorização 11/11/11 11/11 5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 415788 7-Dia Validade da Semeta 10/8/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012021501156130012208021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MILI SA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KLIVIA ROBERTA DOS SANTOS 30/05/1984 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano GILDO DANIEL FERREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JEFERSON FERNANDO MARTINS 18-Número no CRO 3297 19-LUF AL 20-Código CBO S 025- 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92340261872 22-Nome do Contratado Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS 23-Número no CRO 3297 24-LUF AL 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS 27-Número no CRO 3297 28-LUF AL 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- 0	0	8	1	0	0	0	5	7			CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	32
2- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15- 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

43-Dia Previsto 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 34100 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: *Revisar plano 32.*

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa