



477554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/02/21	4-Data de Autorização 23/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8300924	7-Data Validade da Senha 17/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253076090000401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MEDILAR EMERGENCIAS MEDICAS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CRISTHIAN HALLEY DE PAULA		14-Telefone 17/03/1986	15-Nome do titular do plano CRISTHIAN HALLEY DE PAULA		
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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/02/21		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/02/21		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/02/21		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	25/02/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/02/2021	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 140,00	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 25/02/2021 Dr. Mauriem de Souza Pes 3 Esp: DTM/UFSC/SC CRO/SC 3754 CPF 888.977.539-49	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/02/2021 Dr. Mauriem de Souza Pes 3 Esp: DTM/UFSC/SC CRO/SC 3754 CPF 888.977.539-49	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------