



2592664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 08/10/11/26		4-Data de Autorização 08/10/11/26		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14767139		7-Data Validade da Senha 09/10/13/12/6					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202501561300261001						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MILI SA		11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704806090735647															
13-Nome FELIPE JOSE DE ALMEIDA						14-Telefone (48) 4864-6393		15-Data de Nascimento 19/10/1982							
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															
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	08/10/11/26					
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	08/10/11/26					
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data de Previsão Término do Tratamento 08/10/11/26		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 08/10/11/26				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/11/26				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/11/26				53-Data, local e Carimbo da Empresa			