



1965892
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/2017		4-Data de Autorização 05/10/2018		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 12759769		7-Data Validade da Senha 12/31/2018			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0020255843030000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa LUA NOVA SOLUCOES EM		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LARISSA FIRMINO DE LIMA						14-Telefone 06/10/1993		15-Nome do titular do plano GUSTAVO HENRIQUE DOS SANTOS					
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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/10/2018			
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00			05/10/2018			
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/2018		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 178,00		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 05/10/2018				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2018				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2018		53-Data, local e Carimbo da Empresa			

Dr. Mauriem de Souza Pes
3 Esp: DTM, Protese Dentística
CRO/SC 3754 CPF 888.977.539-49

Dr. Mauriem de Souza Pes
3 Esp: DTM, Protese Dentística
CRO/SC 3754 CPF 888.977.539-49