



**2148682**  
INTERCÂMBIO

|                                 |                                              |                                          |                              |                                              |                                             |
|---------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br><b>406414</b> | 3-Data de Emissão da Guia<br><b>18/12/24</b> | 4-Data de Autorização<br><b>23/12/24</b> | 5-Senha<br><b>AUTORIZADO</b> | 6-Número da Guia Principal<br><b>2148682</b> | 7-Data Validade da Senha<br><b>18/03/25</b> |
|---------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                     |  |                                       |  |                                  |  |                                                              |  |                                       |  |
|-----------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|----------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                               |  | 8-Plano<br><b>POS REDE PRESTADORA</b> |  | 10-Empresa<br><b>MILI SA</b>     |  | 11-Data Validade da Carteira<br>____/____/____               |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |
| 6-Número da Carteira<br><b>00202501561300261002</b> |  | 13-Nome<br><b>VIVIANE STEIN</b>       |  | 14-Telefone<br><b>06/02/1985</b> |  | 15-Nome do titular do plano<br><b>FELIPE JOSE DE ALMEIDA</b> |  |                                       |  |

|                                                                   |  |                                                                 |  |                                                                    |  |                                 |  |                    |  |                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|--------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                   |  | 16-Atendimento a RN<br><b>N</b>                                 |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br><b>MAURIEM DE SOUZA PES</b> |  | 18-Número no CRO<br><b>3754</b> |  | 19-UF<br><b>SC</b> |  | 20-Código CBO S<br><b>025 - Faturar Empresa</b> |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>88897753949</b>         |  | 22-Nome do Contratado Executante<br><b>MAURIEM DE SOUZA PES</b> |  | 23-Número no CRO<br><b>3754</b>                                    |  | 24-UF<br><b>SC</b>              |  | 25-Código CNE S    |  |                                                 |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br><b>MAURIEM DE SOUZA PES</b> |  | 27-Número no CRO<br><b>3754</b>                                 |  | 28-UF<br><b>SC</b>                                                 |  | 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         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/12/24              |                    |               |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/12/24              |                    |               |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                           |                                                                                                                     |                                                      |                                         |                                   |                                                    |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br><b>20/12/24</b> | 44-Tipo de Atendimento<br><b>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência</b> | 45-Tipo de Faturamento<br><b>1-1-Total 2-Parcial</b> | 46-Total Quantidade US<br><b>174,00</b> | 47-Valor Total R\$<br><b>0,00</b> | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br><b></b> |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|

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<br><b>20/12/24</b><br><i>Dr. Mauriem de Souza Pes</i><br>3 Esp. DM/Protese Dentística<br>CRO/SC-3754 CPF-888.977.539-49 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br><b>20/12/24</b><br><i>Dr. Mauriem de Souza Pes</i><br>3 Esp. DM/Protese Dentística<br>CRO/SC-3754 CPF-888.977.539-49 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br><b>20/12/24</b><br><i>Felipe Jose de Almeida</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>____/____/____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|