



2098092
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/24	4-Data de Autorização 11/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13188846	7-Data Validade da Senha 06/10/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520317100012102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HAFELE BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/24	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUENIA KARLA DA SILVA FERREIRA GALVAO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano LUIZ AUGUSTO GALVAO QUIRINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARAGON ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 3196	19-UF PB	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18375866000142	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA KATHIA ARAGON	23-Número no CRO 3196	24-UF PB	25-Código CNES 2927306	
26-Nome do Profissional Executante KATHIA ARAGON ZAMATA		27-Número no CRO 3196	28-UF PB	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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	06/12/24		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/24	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 533,00	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 06/12/24 <i>[Assinatura]</i> Cro-PB3196	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/12/24 <i>[Assinatura]</i> Cro-PB3196	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/12/24 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/12/24 <i>[Assinatura]</i> Cro-PB3196
--	--	---	--