



2295600
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/2014	4-Data de Autorização 30/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13822292	7-Data Validade da Senha 12/07/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025001561300331701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MILISA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIO JOAQUIM NASCIMENTO SILVA		14-Telefone (85) 8184-9825	15-Nome do titular do plano FABIO JOAQUIM NASCIMENTO SILVA		
12/09/1996					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARAGON ODCNTOLOGIA	18-Número no CRO 3196	19-UF PB	20-Código CBO S 01	25 - 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	Enviar - Fx (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante KATHIA ARAGON ZAMATA	27-Número no CRO 3196	28-UF PB	29-Código CBO S	(I) 85100200	

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00	0,00	S	24/05/25		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	24/05/25		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00	0,00	S	24/05/25		
4	0081000421	RX PERIAP CAL	RMID		1	14,00	0,00	0,00	S	24/05/25		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisão Término do Tratamento / /	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 334,00	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 24/05/25 Dra. Kathia A. Zamata CRO-PB3196	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/25 Dra. Kathia A. Zamata CRO-PB3196	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/25 Fabio Joaquim Nascimento Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/05/25 Dra. Kathia A. Zamata CRO-PB3196
---------------	--	--	---	--