



2368276
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/10/2017		4-Data de Autorização 02/10/2017		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14062446		7-Data Validade da Senha 31/10/2018		
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira: 002025122933500000101 9-Plano: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira: / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:												
13-Nome GLEICE KELLY AGUIAR ESTEVAO						14-Telefone () - -		15-Nome do titular do plano GLEICE KELLY AGUIAR ESTEVAO				
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN: N 17-Nome do Profissional Solicitante: VITORIA FRANCA DOS SANTOS GONCALVES 18-Número no CRO: 56589 19-UF: RJ 20-Código CBDS: 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 43888091000156 22-Nome do Contratado Executante: MORAIS & SUGAHARA ODONTOLOGIA LTDA 23-Número no CRO: 56589 24-UF: RJ 25-Código CNES: 4922350 26-Nome do Profissional Executante: VITORIA FRANCA DOS SANTOS GONCALVES 27-Número no CRO: 56589 28-UF: RJ 29-Código CBDS:												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade LS	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	008	000030			1	34,00	0,00		S	02/07/25		✓
2-	008	5300047			1	14,00	0,00		S	02/07/25		✓
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		178,00		0,00				
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			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			53-Data, local e Carimbo da Empresa			
02/10/2017 Vitoria Franca dos S. Goncalves			02/10/2017 Vitoria Franca dos S. Goncalves			02/10/2017 Gleice Kelly Aguiar Estevo			Vitoria Franca dos Santos Goncalves Cirurgião Dentista CRO-RJ 56589			