



2324994
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/25	4-Data de Autorização 30/05/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13919510	7-Data Validade da Senha 24/08/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 09720258970033188	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO EMPREENDIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VANDERLEA DE OLIVEIRA GONTIJO	14-Telefone 25/03/1966	15-Nome do titular do plano MARCOS JOSE DA SILVA CERQUEIRA
--	---------------------------	---

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 CBO S 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-UF RJ	27-Número no CRO 56589
26-Nome do Profissional Executante VITORIA FRANCA DOS SANTOS GONCALVES		28-UF RJ	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6100	00	0000	0000	S	30/10/25	25		X 109
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6100	00	0000	0000	S	30/10/25	25		X 109
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6100	00	0000	0000	S	30/10/25	25		X 109
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orto-fonía 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 18300	47-Valor Total R\$ 000	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 30/10/25 Vitoria Franca dos S. Goncalves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/25 Vitoria Franca dos S. Goncalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/25 X Vanderleia de F. Gontijo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/25
---	---	--	---