



2386895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 7 / 2 5	4-Data de Autorização 3 1 / 0 7 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14123781	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 9 / 2 5
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 9 7 2 0 3 1 1 1 8 2 8 0 0 0 1 0	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TAMIRES OHANA VIANA REIS		14-Telefone 02/09/1991 () - - - - -	15-Nome do titular do plano TAMIRES OHANA VIANA REIS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAICON ANTONIO FERNANDES	18-Número no CRO 48988	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 0 5 6 6 7 1 1 0 0 0 1 0 4	22-Nome do Contratado Executante STUDIO DENTAL CLEAN LTDA	23-Número no CRO 48988	24-UF RJ	25-Código CNES 4216431	
26-Nome do Profissional Executante MAICON ANTONIO FERNANDES		27-Número no CRO 48988	28-UF RJ	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	31/07/25		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1 4 4 0 0	0,00		S	31/07/25		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 8 0 0	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 31/07/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/07/25

STUDIO DENTAL CLEAN LTDA.
CNPJ: 50.566.711/0001-04
CRO: 7577