



2349076
INTERCÂMBIO

1-Registro ANO 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/25	4-Data de Autorização 16/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13999991	7-Data Validade da Senha 14/09/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO EMPREENDIMENTOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 09720258970050937									
13-Nome LARA NEVES DE CARVALHO PRATA		14-Telefone 15/05/2019		15-Nome do titular do plano LORRANY NEVES DA CUNHA PRATA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 48988		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAICON ANTONIO FERNANDES					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 50566711000104		22-Nome do Contratado Executante STUDIO DENTAL CLEAN LTDA		23-Número no CRO 48988		24-UF RJ	
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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/06/25		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	16/06/25		
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 174,00	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(ram) 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 Profissional Solicitante 16/06/25		51-Data, Local e Assinatura do Profissional Responsável 16/06/25		52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/06/25	
		Dr. Maicon Fernandes Implantodontista		Lorrany Neves		STUDIO DENTAL CLEAN LTDA. CNPJ: 50.566.711/0001-04 CRO: 7577	