



2362944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/06/25	4-Data de Autorização 05/07/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14044935	7-Data Validade da Senha 25/09/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 09720261467001239	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO PRONTO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOAO PEDRO CABRAL DOS SANTOS	14-Telefone (21) 7642-8931	15-Nome do titular do plano JOAO PEDRO CABRAL DOS SANTOS
---	-------------------------------	---

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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVA			1	144,00	0,00		S	05/07/25		
2-												
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 144,00	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 Cirurgião-Dentista Solicitante 05/07/25 Vitoria Franca dos Santos Goncalves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/25 Vitoria Franca dos Santos Goncalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 05/07/25 JOAO PEDRO CABRAL DOS SANTOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/07/25 Vitoria Franca dos Santos Goncalves Cirurgião Dentista CRO-RJ 56589
---	---	--	---