



2356406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/06/25	4-Data de Autorização 23/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14022024	7-Data Validade da Senha 21/09/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 09720258970016100	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO EMPREENDIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DENISE BARBOSA DE PAULA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DENISE BARBOSA DE PAULA
------------------------------------	----------------------	--

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-Nome do Profissional Executante VITORIA FRANCA DOS SANTOS GONCALVES	27-Número no CRO 56589	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/25		<i>[Assinatura]</i>
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	44,00	0,00		S	23/06/25		<i>[Assinatura]</i>
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-Orto-fonia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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/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 23/06/25 Vitoria Franca dos S. Goncalves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/25 Vitoria Franca dos S. Goncalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/25 Denise Barbosa de Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/06/25
---	---	---	---