



2383362
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2015	4-Data de Autorização 15/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14111602	7-Data Validade da Senha 13/09/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

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 43888091001156	22-Nome do Contratado Executante MORAIS & SUGAHARA ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 56589	24-UF RJ	25-Código CNES 4922350	Enviar - FAX (1) 85100218 (1) 85100218 (1) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante VITORIA FRANCA DOS SANTOS GONCALVES		27-Número no CRO 56589	28-UF RJ	29-Código CBDS		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OVP	1	122,00	0,00		S	15/07/25		
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OVP	1	122,00	0,00		S	15/07/25		
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OVP	1	122,00	0,00		S	15/07/25		
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 366,00	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 15/10/2015 Vitoria Franca dos S. Gonçalves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2015 Vitoria Franca dos S. Gonçalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 15/10/2015 JOAO PEDRO CABRAL DOS SANTOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2015 Vitoria Franca dos Santos Gonçalves Cirurgião Dentista CRO-RJ 56589
---	---	--	---