



2356897
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/25	4-Data de Autorização 12/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14023736	7-Data Validade da Senha 12/09/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 09720258970010420	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO EMPREENDIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCOS JOSE DA SILVA CERQUEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS JOSE DA SILVA CERQUEIRA
---	----------------------	---

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 143888091000156	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 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	27/06/25		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	14,00	0,00		S	27/06/25		
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 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 no 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 27/06/25 Vitoria Franca dos S. Goncalves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/06/25 Vitoria Franca dos S. Goncalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/06/25 Marcos Jose da Silva Cerqueira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/06/25 MORAIS & SUGAHARA ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 143888091000156
---	---	--	---