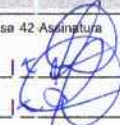




2357023
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/06/2015	4-Data de Autorização 08/07/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14024190	7-Data Validade da Senha 21/09/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025122263000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RUBEM CAVALCANTI PEREIRA		14-Telefone 22/03/1969 () -	15-Nome do titular do plano RUBEM CAVALCANTI PEREIRA		
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 US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0	0	8	1	0	0	0	0	3	0				S	08/07/25		
2-	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7				S	08/07/25		
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\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 08/07/25 Vitoria Franca dos S. Goncalves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/25 Vitoria Franca dos S. Goncalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/25 Rubem Cavalcanti Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/25
---	---	--	---

Vitoria Franca dos Santos Goncalves
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 56589