



2357034
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/06/12/5	4-Data de Autorização 08/07/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14024200	7-Data Validade da Senha 12/11/09/12/5
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025122263000000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JESSICA CRISTINNY BATISTA PEREIRA	14-Telefone () -	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												38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade LS	37-Valor									
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00									S 08/07/25
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	14,00	0,00									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\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 J. Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/25 Vitoria Franca dos Santos Goncalves Cirurgião Dentista CRO-RJ 56589
---	---	--	---