



2352058
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 6 / 2 5	4-Data de Autorização 2 5 / 0 6 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14010016	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 9 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 9 7 2 0 3 0 7 4 3 1 1 0 0 0 1 8	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE CLEVTON DE MELO		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano JOSE CLEVTON DE MELO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAICON ANTONIO FERNANDES	18-Número no CRO 48988	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 0 5 6 6 7 1 1 0 0 0 1 0 4	22-Nome do Contratado Executante STUDIO DENTAL CLEAN LTDA	23-Número no CRO 48988	24-UF RJ	25-Código CNES 4216431
26-Nome do Profissional Executante MAICON ANTONIO FERNANDES		27-Número no CRO 48988	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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	6 1 0 0	0,00		S	25/06/25		
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6 1 0 0	0,00		S	25/06/25		
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6 1 0 0	0,00		S	25/06/25		
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6 1 0 0	0,00		S	25/06/25		
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 2 4 4 0 0	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

Dr. Maicon Fernandes Implantodontista CRO - RJ 48988			
--	--	--	--

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/06/25	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/25	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/25	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 25/06/25
---	---	---	---

STUDIO DENTAL CLEAN LTDA.
CNPJ: 50.566.711/0001-04
CRO: 7577

x Jose Clevton de Melo