



2253061
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 22/03/25	4-Data de Autorização 27/03/25	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 13675659	7-Data Validade da Senha 20/06/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 09720258970022399	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO EMPREENDIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA LAURA CORVINO		14-Telefone 01/10/2022	15-Nome do titular do plano ALINE CAVALCANTI DE SANTANA CORVINO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LARISSA CHRISTINNE TEIXEIRA ELOY	18-Número no CRO 50509	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 53379662000180	22-Nome do Contratado Executante LARISSA CHRISTINNE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 50509	24-UF RJ	25-Código CNES 4947614	
26-Nome do Profissional Executante LARISSA CHRISTINNE TEIXEIRA ELOY		27-Número no CRO 50509	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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-0084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
34	0,00			31/03/25	
72	0,00			31/03/25	
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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, conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					