



2357014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 6 / 2 5	4-Data de Autorização 2 7 / 0 6 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14024183	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 9 / 2 5
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 2 2 6 3 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KELI CRISTIANE BATISTA PEREIRA		14-Telefone 31/12/1975	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 4 3 8 8 0 9 1 0 0 0 1 5 6	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	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	27/06/25		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1 4 4 0 0	0 0 0		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 1 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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

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 Keli	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/06/25
---	---	--	---

