



2449926
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/25	4-Data de Autorização 03/09/25	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14325447	7-Data Validade da Série 02/11/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 09720310599400019		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ ANTONIO PINTO		14-Telefone (11) 992197788		15-Data de Validade do plano LUIZ ANTONIO PINTO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número na CRO 5824	19-UF RJ	20-Código CBO II 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04224639000101		22-Nome do Contratado Específico RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		23-Número na CRO 5824	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Específico RUBENS RAYMUNDO JUNIOR		26-Número na CRO 5824		27-UF RJ	28-Código CBO II

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cessão	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO	ARC		1	22200	88,80		S	05/09/25	05/09/25	88,80
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1400	5,60		S	06/09/25	06/09/25	5,60
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1400	5,60		S	06/09/25	06/09/25	5,60
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 3-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Taxa Quantidade US 250,00	47-Valor Total R\$ 100,00	48-Taxa 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 null	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 30/09/25 RUBENS RAYMUNDO JUNIOR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável / /	53-Data, local e Cargo de Empresa 30/09/25 RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA - EP
-----------------------	--	---	--	--