



2220081
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/02/25	4-Data de Autorização 25/02/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13567791	7-Data Validade da Senha 22/05/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 09720226138000811		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO LOGOSOFICA EM PROL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA FERNANDA FERREIRA CAMPOS			14-Telefone 30/08/1967 (21) 9998-6559	15-Nome do titular do plano MARIA FERNANDA FERREIRA CAMPOS	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA Helcylore Utrini		18-Número na CRO 5824 19061	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04224639000101		22-Nome do Contratado Executante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		23-Número no CRO 5824 1852	24-UF RJ	25-Código CNES 3466590					
26-Nome do Profissional Executante RUBENS RAYMUNDO JUNIOR RUBENS RAYMUNDO JUNIOR				27-Número no CRO 5824	28-UF RJ	29-Código CBO S					

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
1-00	81000294	LEVANTAMENTO	ASMT		1	22200	8880		S	27/02/2025		mm
2-												
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 22200	47-Valor Total R\$ 8880	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 Favor anexar o rx após a realização no prontuário do beneficiário conforme as regras da operadora.	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/03/25	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/02/25
52-Data, local e Assinatura da Empresa	53-Data, local e Assinatura da Empresa

RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA - EP