



2419098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/25	4-Data de Autorização 11/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 2419098	7-Data Validade de Senha 10/10/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 09720267933010110		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED DO ESTADO RJ	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAIANE DE JESUS DOS SANTOS			14-Telefone (21) 97597 5258	15-Nome do titular do plano NEVITON DA HORA SANTOS	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA Dr. Ellen Oliveira		18-Número no CRO 5824	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04224639000101		22-Nome do Contratado Executante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA RUBENS RAYMUNDO JUNIOR		23-Número no CRO 5824 1852	24-UF RJ	25-Código CNES 3466590	
26-Nome do Profissional Executante 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
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	AVX		1	78,00	39,68		S	12/08/2025		
2-0	081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	8,80		S	12/08/2025		
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 92,00	47-Valor Total R\$ 48,14	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/25 RUBENS RAYMUNDO JUNIOR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/25 X [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/08/25 RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA - EP
--	--	--	--