



2516636
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/2)/(1/0)/(2/5)	4-Data de Autorização (2/2)/(1/0)/(2/5)	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14524763	7-Data Válida da Serção (2/1)/(1/2)/(2/5)
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 09720234054000013		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 18149705 VICTOR ALESSANDRO	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VICTOR ALESSANDRO OLIVEIRA DE MIRANDA			14-Telefone (121) 99251-2560	15-Nome do Múlar do plano VICTOR ALESSANDRO OLIVEIRA DE MIRANDA	
30/09/1974					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Atende do Profissional Solicitante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 5824 21590	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04224639000101	22-Nome do Contratado Exatante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	23-Número no CRO 5824 1892	24-UF RJ	25-Código CNES 3466590	
26-Nome do Profissional Exatante RUBENS RAYMUNDO JUNIOR		27-Número no CRO 5824	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO	max	1		22200	88000		S	05/11/2025		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 22200	47-Valor Total R\$ 88000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Dedico, 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. Dedico, 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: Ata 81000294: Apresentar justificativa para autorizaçao do procedimento Ata 81000294: Necessario anexar radiografia no site para autorizaçao	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / RUBENS RAYMUNDO JUNIOR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/25 RUBENS RAYMUNDO JUNIOR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/25 VICTOR ALESSANDRO OLIVEIRA DE MIRANDA	53-Data, local e Assinatura do Equipe 05/11/25 RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA EP
---	--	---	--	---