

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

nº 230088

2-Nº



2383874
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/25	4-Data de Autorização 15/07/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 2383874	7-Data Validade da Senha 13/09/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 09720302776000025		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 FELIPE SALES D ALMEIDA			14-Telefone (11) 982825454	15-Nome do titular do plano LUIZ MAURO SOUZA D ALMEIDA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA <i>Ramela Vianna</i>		18-Número no CRO 5824	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04224639000101		22-Nome do Contratado Executante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		23-Número no CRO 5824	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1555		1	78,00	30,30		S	15/07/25		<i>[Assinatura]</i>
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 2	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 30,30	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 15/07/25 RUBENS RAYMUNDO JUNIOR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA - EPP
--	--	---	--