



2436840
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/8/25	4-Data de Autorização 25/10/8/25	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 2436840	7-Data Validade da Guia 24/11/0/25
8-Número da Carteira 09720230312000018			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLARA MARILIA DE ALENCAR	11-Data Validade da Carteira / /
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento CLARA MARILIA DE ALENCAR VALENTIM GOMES			13-Data de Nascimento 08/03/1964	14-Telefone (11) 98224.2026	15-Nome do titular do plano CLARA MARILIA DE ALENCAR VALENTIM GOMES
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA Henrique Falcao		18-Número no CRO 5824 58045	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04224639000101		22-Nome do Contratado Executores RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		23-Número no CRO 5824 1852	24-UF RJ
25-Código CNES 3466590		26-UF RJ		27-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante RUBENS RAYMUNDO JUNIOR		29-Número no CRO 5824		30-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Omissão	42-Suspensão
1	0081000294	LEVANTAMENTO	ASPE		1	22200	8880		S	25/08/25		
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	ASPE		1	7800	3120		S	25/08/25		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1400	560		S	25/08/25		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1400	560		S	25/08/25		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Ortodontia 4-1-Ortodontia	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 32800	47-Valor Total R\$ 13120	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(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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/08/25 RUBENS RAYMUNDO JUNIOR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 25/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/25	53-Data, local e Assinatura do Profissional de Odontologia - EPP 25/08/25 RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA - EPP
---------------	--	--	---	--