



2158089
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/25	4-Data de Autorização 27/03/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13368018	7-Data Validade da Senha 07/04/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511895560000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA ANGELICA ALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA ANGELICA ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTORAD DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR IMAGEM	18-Número no CRO 16071	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03800749000101	22-Nome do Contratado Executante ODONTORAD DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR	23-Número no CRO 16071	24-UF RJ	25-Código CNES 5159725	
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO MORETZ SOHN MEIRELLES		27-Número no CRO 16071	28-UF RJ	29-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 Glosa	42-Assinatura
1-	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	27/03/25	X	
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	27/03/25	X	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/03/25	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 395,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 a documentação após a realização no prontuário do beneficiário conforme regras da operadora.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/03/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/03/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/03/25	53-Data, local e Assinatura da Empresa 27/03/25
---	---	---	--

X Ana Angelica Alves

Odontorad
CNPJ 03800749/0001-01

Corec – Centro Odontológico Ribeiro e Carneiro

CRO 6842

VILA VALQUEIRE – Rua das Rosas, 95 sala:113 – Tel: 3833-3146/96767-3146

E-mail: odontocorerj@gmail.com

Paciente

Dna Angelica Alves

Pedido de Exame:

Solicito Raio x Periapical dos elementos 11 e 21

Indicação : Reabilitação Oral


Dra. Nathali Ribeiro
Odontologia
CRO 53279 - RJ

Corec – Centro Odontológico Ribeiro e Carneiro

CRO 6842

VILA VALQUEIRE – Rua das Rosas, 95 sala:113 – Tel: 3833-3146/96767-3146

E-mail: odontocorerj@gmail.com

Paciente

Ana Angelica Alves

Pedido de Exame:

- Raio X Panorâmico
- Traçado cefalométrico Usp\Unicamp
- Modelo Zocalado Gesso
- Fotos Intra-orais
Em oclusão : Frontal, direito, esquerdo, overbite,
overjet)
Visão Oclusal: superior e Inferior
- Foto Extra-orais : Frontal, Frontal sorrindo, Perfil
Direito, Perfil esquerdo

Indicação : tratamento Ortodôntico

Dra. Nathali Ribeiro
Ortodontia
CRO 53279 - RJ