



2539350
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/25	4-Data de Autorização 11/11/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14600218	7-Data Validade da Senha 10/01/26
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número do Cartão 09720308129000012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SANDRA MARIA COELHO BARBOSA	14-Teléfono 24/01/1957	15-Nome do titular do plano SANDRA MARIA COELHO BARBOSA
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA Henrique Falcas	18-Número do CBO 5824	19-UF RJ	20-Código CBO B 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04224639000101	22-Nome do Contratado Executante RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	23-Número do CBO 5824	24-UF RJ	25-Código CNES 3466590	Enviar - RX (1) 81000495

26-Nome do Profissional Executante RUBENS RAYMUNDO JUNIOR
--

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-Dia de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1-00	81000294	LEVANTAMENTO	ASM		1	222,00	88,80		S	11/11	25	Henrique Falcas
2-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	ASA		1	78,00	31,20		S	11/11	25	Henrique Falcas
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico	45-Forma de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3000,00	47-Valor Total R\$ 120,00	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 no 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:
Ato 81000294: Apresentar justificativa para autorização do procedimento
Ato 81000294: Necessário anexar radiografia no site para autorização

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/25 RUBENS RAYMUNDO JUNIOR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/25 Sandra Maria Coelho Barbosa	53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/11/25 RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA - EPP
--	--	---	--