



531301
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/04/21	4-Data de Autorização 12/3/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8512464	7-Data Validade da Senha 12/2/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202511378300008301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VIVA A VIDA CLUBE DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA DE DEUS SOUZA MELLO CORDEIRO		14-Telefone 14/10/1942 () -	15-Nome do titular do plano MARIA DE DEUS SOUZA MELLO CORDEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			S	23/04/21	
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	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 31,22 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/21 Maria D. S. m. G.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/04/21 38795040254
---	--	---	---

DIGITAL RX RADIOLOGIA

Dra Renata ROCHA

Cirurgiã Dentista

CRORJ 35755

Maria de Deus S. Mello Ladeira

Solicitado Rx

- Panorâmica dos maxilares

- Periapical completo

Indicação: Cirurgia

23/04/21
CPF 105.436.447-82
CRO-RJ 35.755
Bucco Maxilo Faciais
Cirurgia e Traumatologia
Dra. Renata Rocha

Dra. Renata Rocha
Cirurgia e Traumatologia
Bucco Maxilo Faciais
CRO-RJ 35.755
CPF 105.436.447-82

Avenida Dom Helder Camara, 5644 - Salas 1208 e 1209

21 959000014



536124
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/21	4-Data de Autorização 12/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8530395	7-Data Validade da Senha 27/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253704610000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCA VALDIRA VALDIVINO DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA VALDIRA VALDIVINO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	28/04/21		Francisca
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	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/04/21
--	---	---	--

DIGITAL RX RADIOLOGIA
ODONTOLOGICA
164367851000254

Drª André Luiz de Paula Cassab

Cirurgião Dentista

CRO RJ: 44785

Fl. FRANCISCA VALDEIRA VALDIVINO DE OLIVEIRA,

Solicito os seguintes exames radiográficos:

1) Panorâmica

(Com finalidade de ampla visualização das arcadas superior e inferior);

2) Periapical Completo

(Com finalidade de avaliação periodontal).

R\$ 20/4/21

Dr. André Luiz de Paula Cassab
Cirurgião Dentista
CRO/RJ: 44785

Estrada do Tindiba, 2003 sala 301 – Taquara RJ

Tel : (21) 2424-9091 / (21) 98891-9091

Email: dr.andrecassab@hotmail.com



549187
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/21	4-Data de Autorização 12/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8579550	7-Data Validade da Senha 10/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537185900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAINARA TEIXEIRA	14-Telefone 16/09/1994	15-Nome do titular do plano TAINARA TEIXEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

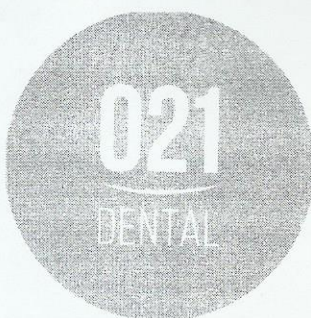
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S			12/05/21
2-												
3-												
4-												
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	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Tainara Teixeira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/21 DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA 16436755/0002-54
--	---	---	--



RIO , 11/05/22

PACIENTE : Tainora Teixeira

SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES.

Dr.ª Enilda
Cirurgiã Dentista
CRM RJ 44198

www.021dental.com.br

**Endereço: Rua André rocha ,nº 750\sala 303 e 304,Taquara-RJ.
Tel: (21) 22638960**



557895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/21	4-Data de Autorização 20/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8610142	7-Data Validade da Senha 18/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511378300008301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VIVA A VIDA CLUBE DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DE DEUS SOUZA MELLO CORDEIRO		14-Telefone 14/10/1942	15-Nome do titular do plano MARIA DE DEUS SOUZA MELLO CORDEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	20/05/21		
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	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/05/21
--	---	---	--

Maria de Deus Souza e M. Cordeiro

DIGITAL RX RADIOLOGIA
ODONTOLOGICA
16436755/0002-54

Dra Renata ROCHA

Cirurgiã Dentista

CRORJ 35755

Marisa de Deus S. M. Lordeiro

- Seleção RX

- Periapical completo

Indicação: Resorção parodontal

70105/21
Dra. Renata Rocha
Cirurgia e Traumatologia
Bucco Maxilo Facial
CRO-RJ/35.755
CPF 105.436.447-82

Avenida Dom Helder Camara, 5644 - salas 1208 e 1209

21 959000014