



Intercâmbio por Saúde

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

35421 852

2-Nº



1118694
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/08/2022	4-Data de Autorização 25/08/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10294066	7-Data Validade da Senha 23/11/22
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254814970000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDRESA CARLA MUNIZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRESA CARLA MUNIZ	

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 16436755000254	22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES 9681191	
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			25/08/22		Andresa
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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/22 Andresa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/08/22 DRX RADIOLOGIA
--	--	---	--

RECEITUÁRIO

Amadora Carla Muniz Diniz

Solicito radiografia periapical
completa para avaliação perio-
dental e radiografia panorâ-
mica com finalidade cirúrgica.

Kamila R. Teixeira
Cirurgiã Dentista
CRO 43893

Rio 25/08/22

AV. NELSON CARDOSO, 905. LOJA 107. SHOPPING UNICENTER II
TAQUARA. RIO DE JANEIRO/RJ.
CEP: 22730-001 CNPJ: 27.485.765.0001-15



1118711
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2022	4-Data de Autorização 25/10/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10294079	7-Data Validade da Senha 23/11/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020254814970000102									
13-Nome HYGOR GABRIEL MUNIZ ALBUQUERQUE PACHECO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANDRESA CARLA MUNIZ			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 38287		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16436755000254		22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.		23-Número no CRO 38287		24-UF RJ		25-Código CNES 9681191	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HÁBIB PAES				27-Número no CRO 38287		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			1	78,00	0,00			25/08/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/22	53-Data, local e Assinatura da Empresa 25/08/22
--	--	---	--

RECEITUÁRIO

Myquer Gabriel Muniz A. Pacheco

Solicito radiografia periapical
completa para avaliação re-
trodental e radiografia
panoramica com finalidade
cirúrgica.

Kamila R. Teixeira
Cirurgiã Dentista
CRO 48893
Rio, 25/08/22

AV. NELSON CARDOSO, 905. LOJA 107. SHOPPING UNICENTER II
TAQUARA. RIO DE JANEIRO/RJ.
CEP: 22730-001 CNPJ: 27.485.765.0001-15



1122675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/08/22	4-Data de Autorização 29/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10305159	7-Data Validade da Senha 27/11/22
8-Número da Carteira 00202549994000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE PAULO COELHO DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE PAULO COELHO DA SILVA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16436755000254		22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.		23-Número no CRO 38287	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287		28-UF RJ	29-Código CBO S
20-Código CBO S 09					
25-Código CNES 9681191					
025 - Faturar Empresa					

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			30/08/22		
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 do 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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/22 Joao Paulo	53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/08/22
--	--	--	--

ODONTOLOGIA
64367550002-54

RECEITUÁRIO

José Paulo Coelho da Silva

Solicito radiografia panorâmica
completa para avaliação perio-
dontal.

Dr^a Kamila R. Teixeira
Cirurgiã Dentista
CRO 48893

29/08/22



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1124912
INTERCÂMBIO

35444 1875

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/08/2022	4-Data de Autorização 30/08/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10311913	7-Data Validade da Senha 28/11/2022
Dados do Beneficiário			11-Data Validade da Carteira		
8-Número da Carteira 0020255050410000105			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
13-Nome TATIANE FERNANDES DOS SANTOS			14-Telefone () - - - - -		
29/06/1985			15-Nome do titular do plano PRISCILA MORENO ANSELMO MARIANO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 38287	
19-UF RJ		20-Código CBO S 09		25-Código CNES 9681191	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16436755000254		22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.		23-Número no CRO 38287	
24-UF RJ		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			30/08/22		
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\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

 Renata Ramos

RECEITUÁRIO

Yasiane Fernandes dos Santos

Solicito radiografia periapical
Completa para avaliação perio-
dental.

Dr^a Kamila R. Teixeira
Cirurgiã Dentista
CRO 48893

Rio. 30/08/22

AV. NELSON CARDOSO, 905. LOJA 107. SHOPPING UNICENTER II
TAQUARA. RIO DE JANEIRO/RJ.
CEP: 22730-001 CNPJ: 27.485.765.0001-15



1126046
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2018	4-Data de Autorização 31/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10315449	7-Data Validação da Senha 29/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202550020600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELTON PEREIRA DA SILVA		14-Telefone 24/10/1982	15-Nome do titular do plano CRISTIANE DE OLIVEIRA LOPES		
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 16436755000254	22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES 9681191	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	31/08/22		
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 22,00	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 31/08/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Elton Pereira da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/08/22 DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA 14.367554/000254
--	---	---	--

(1) Raula Ramos

RECEITUÁRIO

Ellen Pereira da Silva

Solicito radiografia periapical
completa para avaliação perio-
dental.

Dr Kamila R. Teixeira
Cirurgiã Dentista
CRO 48893

31/08/22

AV. NELSON CARDOSO, 905. LOJA 107. SHOPPING UNICENTER II.
TAQUARA. RIO DE JANEIRO/RJ.
CEP: 22730-001 CNPJ: 27.485.765.0001-15

35505 1936

OdontoLife[®]

100% satisfação para você e seu

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN

1126051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/22	4-Data de Autorização 31/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10315482	7-Data Validade da Senha 29/11/22
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202550020600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome CRISTIANE DE OLIVEIRA LOPES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTIANE DE OLIVEIRA LOPES		
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 16436755000254	22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES 9681191	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421-RCIE (I) 81000421-RPID (I) 81000421-RII	

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	31/08/22		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	31/08/22		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	31/08/22		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	31/08/22		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	31/08/22		
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 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/22 + Cristiane de Oliveira Lopes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/08/22
--	--	---	---

RECEITUÁRIO

Christiane de Oliveira Lopes

Solicito radiografia periapical elementos 33, 32, 41, 42, 43, 44 com finalidade de diagnóstico e planejamento.

Rio, 27/08/22


Dra. Renata R. Vieira
CRM RJ 32904
Dentista

AV. NELSON CARDOSO, 905. LOJA 107. SHOPPING UNICENTER II.
TAQUARA. RIO DE JANEIRO/RJ.
CEP: 22730-001 CNPJ: 27.485.765.0001-15

RECEITUÁRIO

Cristiane de Oliveira Lopes

Solicito radiografia panorâmica
com finalidade de diagnóstico
e planejamento.

Rio, 27/08/22

Dr. Renato R. Vieira
Cirurgião-Dentista
CRO RJ 32904

XDRX
Radiologia Odontológica Digital

Av. Nelson Cardoso, 1149 sala 1516
Taquara-Jacarepagua
Tels: 3442-3322 / 3283-3322

AV. NELSON CARDOSO, 905. LOJA 107. SHOPPING UNICENTER II.
TAQUARA. RIO DE JANEIRO/RJ.
CEP: 22730-001 CNPJ: 27.485.765.0001-15



1135809
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10341511	7-Data Validade da Senha 07/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025107840000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FERNANDA LUIZA NEVES		14-Telefone 03/02/1993	15-Nome do titular do plano FERNANDA LUIZA NEVES		
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 16436755000254	22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES 9681191	
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			08/09/22		
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 08/09/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/22 Fernanda L. Neves	53-Data, local e Assinatura do Carimbo da Empresa 08/09/22
--	---	---	---

1135809



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME: *FERNANDA LUIZA NETES*

Solicito Radiografia Panorâmica e Periapical completa com finalidade de diagnóstico e planejamento.

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2022

Dra. Andreza Rachin
Cirurgia-Dentista
CRO-RJ 47.991

AV. NELSON CARDOSO, 905. LOJA 107. SHOPPING UNICENTER II
TAQUARA. RIO DE JANEIRO/RJ. CEP: 22730-001
CNPJ: 27.485.765.0001-15



Av. Nelson Cardoso, 1149 sala 1516
Taquara-Jacarepagua
Tels: 3442-3322 / 3283-3322



1135653
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/22	4-Data de Autorização 08/09/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10341220	7-Data Validada da Senha 07/12/22
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202543397800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /		
13-Nome CARLOS EDUARDO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO DA SILVA		
24/02/1983					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			20-Código CBO S 09		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16436755000254	22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES 9681191	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	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			1	78,00	0,00			08/09/22		
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\$
 0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 08/09/22 + *Paulo Cavalcanti*

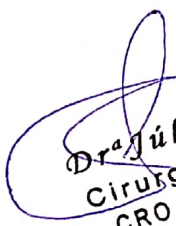
53-Data, local e Carimbo da Empresa
 08/09/22
 DIGITAL RX RADIOLOGIA
 1135653/0002-54



RIO, 08/09/22

PACIENTE : *Carlos Eduardo da Silva*

SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES.


Dr. Júlia Riscado
Cirurgiã - Dentista
CRO RJ CD-52144

www.021dental.com.br
Endereço: Rua André rocha ,nº 750\sala 303 e 304,Taquara-RJ.
Tel: (21) 22638960



1142851
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/22	4-Data de Autorização 14/09/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10359480	7-Data Validade da Senha 13/12/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020255116790000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSENILDES DE JESUS SILVA			14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ROSENILDES DE JESUS SILVA	
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 3 09	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CNP 1643675500254	22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES 9681191	Enviar - RX (I) 81000421-RPIE
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO 3	(I) 81000421-

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 Ciossa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	14/09/22		<i>[Assinatura]</i>
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	14/09/22		<i>[Assinatura]</i>
3										14/09/22		<i>[Assinatura]</i>
4												<i>[Assinatura]</i>
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 28,00	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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/22 AMANDA HABIB PAES	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/09/22
--	--	---	--

DIGITAL RX RADIOLOGIA
ODONTOLOGICA
14.367.554/0001-25

Paciente: Rosenilda de Jesus Silva

Solicitado:

- Periapical dos elementos: 35, 36 e 37
(TUSS: 81000421)

Indicação / justificativa: lesão cariosa


Dra. Karen Rosci
Cirurgiã Dentista
RJ-CD-50023

14/09/22



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10372329	7-Data Validada da Senha 18/11/2012
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira: 00202549484400000104 9-Plano: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validada da Carteira: / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:					
13-Nome GABRIELLA SOPHIA CHERUT PEDRA			14-Telefone 22/10/2012 () - - - - -		
15-Nome do titular do plano DIEGO FREIRE PEDRA					
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: 16436755000254 22-Nome do Contratado Executante: DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA. 23-Número no CRO: 38287 24-UF: RJ 25-Código CNES: 9681191 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) 81000421- (I) 81000421-					

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	19/09/22		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	19/09/22		
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 28,00	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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--



1147630
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012	4-Data de Autorização 11/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10372329	7-Data Validade da Senha 11/12/2012
8-Número da Carteira 00202549484400000104			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome GABRIELLA SOPHIA CHERUT PEDRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIEGO FREIRE PEDRA	
22-Data de Realização 22/10/2012					

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) 81000421- (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16436755000254		22-Nome do Contratado Executante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.		23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES 9681191	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287		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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	11/09/2012		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	11/09/2012		
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 28,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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.

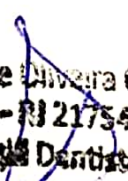
49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável / /	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /

DIGITAL RX RADIOLOGIA
ODONTOLOGICA
6436755000254

RECEITUÁRIO

Gabriella Sophia C. Pedro
Solicito Radiografia
periapical dos elementos
16, 26, 36 e 46 com fina-
lidade de diagnóstico
e tratamento endodôn-
tico e/ou restaurador.
Rio 14/09/22

AV. NELSON CARDOSO, 905. LOJA 107. SHOPPING UNICENTER II
TAQUARA. RIO DE JANEIRO/RJ. CEP: 22730-001
CNPJ: 27.485.765.0001-15


Dra. Gelsa de Oliveira Cardoso
CRO - RJ 21754
Cirurgiã Dentista
Odontopediatra