



441626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/2012	4-Data de Autorização 04/01/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8149032	7-Data Validade da Senha 16/03/2013
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202531018200000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LIDIENE MIRANDA DA LUZ	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ELYS HELENA LUZ GIRARD		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LIDIENE MIRANDA DA LUZ		
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) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	04/01/2013		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	04/01/2013		
3	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	04/01/2013		
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 106,00	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 04/01/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/01/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/01/2013	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/01/2013
---------------	---	---	---	--

Lidiane Miranda da Luz

DIGITAL RX RADIOLOGIA
ODONTOLOGICA
16436755/0002-54



Solicitação de Exame Radiográfico

Nome: Elys Helena Luz Girard

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

①. Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

②. Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 04 / 01 / 21.

Carlos Felipe Dias de Oliveira
Odontologia
CRO-RJ 48784

Assinatura e carimbo

Estrada do tindiba 2733, loja F; CEP : 22730-261; Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21)2135-5589 ; e-mail: clinicaodontopremium1@hotmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



449821
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/21	4-Data de Autorização 12/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8180046	7-Data Validade da Senha 08/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 0202533435600000101		13-Nome LUANA WEYLL FIGUEIREDO NOGUEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUANA WEYLL FIGUEIREDO NOGUEIRA		01/11/1986	

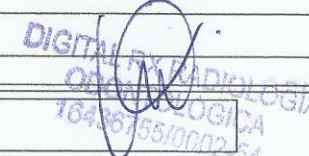
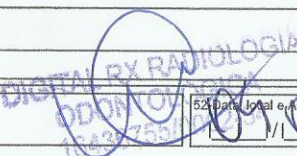
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 38287		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		21-Código na Operadora / GNJ / CPF 05908179736		22-Nome do Contratado Executante AMANDA 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		Enviar - RX (I) 81000405			

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	04/01/21		
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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/01/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/01/21 Luana Weyll		53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/01/21	
---------------	--	---	--	---	--	---	--





RIO , 04/01/21

PACIENTE : *Liana Weyll Figueiredo Nogueira*

SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES.

[Signature]
Dr.ª Eni Mendonça Ramos
C.R.O. RJ 44198

www.021dental.com.br

Endereço: Rua André rocha ,nº 750\sala 303 e 304,Taquara-RJ.

Tel: (21) 22638960

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



451834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 13/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8187362	7-Data Validade da Senha 12/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202531018200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LIDIENE MIRANDA DA LUZ	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EVILA MARIA LUZ GIRARD	14-Telefone 29/08/2008 () -	15-Nome do titular do plano LIDIENE MIRANDA DA LUZ
-----------------------------------	------------------------------------	---

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

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	13/01/21		
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\$ 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 13/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------

4381517



Solicitação de Exame Radiográfico

Nome: Erila Maria Luz Gíaxed

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

→ ① Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

2/ Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 13 / 01 / 21.

Carlos Felipe Dias de Oliveira
Odontologia
CRO RJ 48784

Assinatura e carimbo

Estrada do tindiba 2733, loja F; CEP : 22730-261; Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21)2135-5589 ; e-mail: clinicaodontopremium1@hotmail.com