



1-Origem: ANS 408414	3-Dia de Entrada no Guio 2 6 // 0 1 // 2 1	4-Dia de Autorização 0 8 // 0 2 // 2 1	5-Sentido AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8234776	7-Dia Validação da Guia 1 2 // 0 4 // 2 1
-------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	--

462266
INTERCÂMBIO

[illegible]

Tratamento a té		1- Nome do Profissional Solicitante		025 -	
N		SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS		Faturar Empresa	
21- Código da Operadora - CNPJ / CPF		3- Nome da Companhia Emissora		Enviar - RX	
1 1 4 8 0 0 8 6 3 7 1 6		HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA		(I) 81000405	
4- Nome do Profissional Emissor		5- Nome no CRO		(I) 81000421-	
HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA		43280			
6- Nome no CRO		7- Nome no CRO			
43280		43280			
8- UF		9- UF			
RJ		RJ			
10- Código CRO S		11- Código CRO S			

30-Índice	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Fase	35-Onix	36-Quantidade UB	37-Medir	38-Frequência Coeficiente RG	39-Ano	40-Dia do Real. 3do	41-Mês do Gêns 2º e 3º
1-0 0 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA									
2-0 0 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL									
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Dig. Prescrito Tema do Tratamento 44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Estima Radiológica 3-Orcadento 4-Limite/Emergência

45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidades UB 47-Salv. Total RG 48-Vale Co-Particip.

1>Total 2-Parcial 8|2||0|0| 6|0||0|0| ☒

Autorização

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu conhecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento.

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Assinatura do Responsável

Data

Kylla Kroll e Carmem de Oliveira
Edna



PADRÃO ODONTO

Seu sorriso em primeiro
lugar!!

Paciente: Elaine Cristina Silva da Costa

☒ Solicito RX panorâmica para avaliar posição das raízes _____

☒ Solicito RX periapical do(s) elemento(s) 27 para fins endodôntica

☐ Solicitação de documentação ortodôntica:

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA + COMPLEMENTO
(PERIAPICAL DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES)
- TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL + TRAÇADO CEFALOMÉTRICO (RICKETTS)
- 3 FOTOGRAFIAS INTRA-ORAIS (frontal sério, frontal sorrindo, perfil)
- 3 FOTOGRAFIAS EXTRA-ORAIS (em oclusão: frontal, lateral direita, lateral esquerda)
- FOTOGRAFIAS OCLUSAIS (superior e inferior)

Data: 20 / 01 / 21

Dr. Dsiane Schittini
CIRURGIÁ-DENTISTA
CRM-RJ 48623

Rua Maria Letícia, n 66, sobreloja – Centro - Rio das Ostras/RJ

Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804

E-mail: padraoodonto66@gmail.com



PADRÃO ODONTO

Seu sorriso em primeiro
lugar!!

Paciente: Elizangia Pereira Garcia

Solicitante Periapical completa,
paciente com doença periodontal

Ramayana H. Lage
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 42544

Data: 10 / 02 / 21

Rua Maria Leticia, n 66, sobreloja - Centro - Rio das Ostras/RJ

Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804

E-mail: padraoodonto66@gmail.com



464635
INTERCÂMBIO

NATHAN FREITAS ALMEIDA GOIS DOS SANTOS

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(i) A1000406
(i) A1000421-
(i) A1000421-

43-Data Fim do Trabalho	44-Tipo de Movimento	45-Tipo de Pagamento	46-Tipo de Quilômetro US	47-Tipo de Valor
11/11/11	1-Treinamento 2-Exame Fisiológico 3-Orbitada 4-Gratificação	1-Totál 2-Parcial	1 0 6 1 0 0	30 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, regras, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, atendo a solicitação a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que (se) procedimental(s) direcionada(s), (se) por mim (se) realizada(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome a por minha conta, ao profissional contratado para a realização do tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura: _____

Assinatura: _____

60-7214. Pirelli e Asphintex do Município de Ponta Grossa	11-2-11/02/11/21/11	11-2-11/02/11/21/11	11-2-11/02/11/21/11
---	---------------------	---------------------	---------------------



PADRÃO ODONTO

Seu sorriso em primeiro lugar!!

Paciente: Nathan Freitas Almeida Gois dos Santos

☒ Solicito RX panorâmica para avaliar posição das raízes _____

☒ Solicito RX periapical do(s) elemento(s) 47 e 17. Cárie extensa nos
elementos

☐ Solicitação de documentação ortodôntica:

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA + COMPLEMENTO
(PERIAPICAL DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES)
- TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL + TRAÇADO CEFALOMÉTRICO (RICKETTS)
- 3 FOTOGRAFIAS INTRA-ORAIS (frontal sério, frontal sorrindo, perfil)
- 3 FOTOGRAFIAS EXTRA-ORAIS (em oclusão: frontal, lateral direita, lateral esquerda)
- FOTOGRAFIAS OCLUSAIS (superior e inferior)

Dra. Thelane Schittine
CIRURGIÁ-DENTISTA
CRO-RJ 48623

Data: 28 / 01 / 21

Rua Maria Letícia, n 66, sobreloja - Centro - Rio das Ostras/RJ
Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804
E-mail: padraoodonto66@gmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



471984
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/08/10 21/21	3-Data de Autopreenchimento 11/11/10 21/21	4-Serviço Autorizado AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8277494	6-Data Validada da Guia 10/09/10 15/12/11
--------------------------	---	---	------------------------------------	---------------------------------------	--

7-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	8-Atividade POS REDE PRESTADORA	9-Data de Validação da Guia 11/11/10 11/11	10-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES
---------------------------------------	------------------------------------	---	--

11-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	12-Atividade POS REDE PRESTADORA	13-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	14-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

15-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	16-Atividade POS REDE PRESTADORA	17-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	18-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

19-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	20-Atividade POS REDE PRESTADORA	21-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	22-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

23-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	24-Atividade POS REDE PRESTADORA	25-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	26-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

27-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	28-Atividade POS REDE PRESTADORA	29-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	30-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

31-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	32-Atividade POS REDE PRESTADORA	33-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	34-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

35-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	36-Atividade POS REDE PRESTADORA	37-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	38-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

39-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	40-Atividade POS REDE PRESTADORA	41-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	42-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

43-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	44-Atividade POS REDE PRESTADORA	45-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	46-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

47-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	48-Atividade POS REDE PRESTADORA	49-Atividade DAIANE MAGRO DE MORAES	50-Atividade POS REDE PRESTADORA
--	-------------------------------------	--	-------------------------------------



PADRÃO ODONTO

Seu sorriso em primeiro
lugar!!

Paciente: Daiene Magno de Moraes

Solicito radiografia periapical completa.

Paciente com início de perda óssea.

Dra. Tiziane Schittino
CIRURGIÁ-DENTISTA
CRO-RJ 48623

Data: 27 / 01 / 21.

Rua Maria Letícia, n 66, sobreloja - Centro - Rio das Ostras/RJ

Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804

E-mail: padraoodonto66@gmail.com

2. Model



471998
INTERCÂMBIO

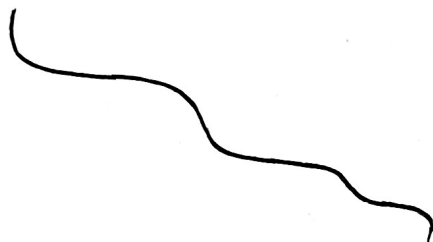


PADRÃO ODONTO

Seu sorriso em primeiro lugar!!

Paciente: Alan Mathias Santos

Solicito radiografia periapical completa.
Paciente com início de perda óssea.



Dra. Kíssiane Schittino
CIRURGIÁ-DENTISTA
CRO-RJ 48623

Data: 27 / 01 / 21

Rua Maria Leticia, n 66, sobreloja - Centro - Rio das Ostras/RJ

Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804

E-mail: padraoodonto66@gmail.com

100

UNI

1) L

Número
3280

23-Nu
432

7-Nu
43280

idade

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11



Ordem de Beneficiário	1-Identificação ANS 4086414	2-Datas de Emissão da Guia 10/4//10/2//21	3-Datas de Autorização 11/10/2//21	4-Sinistro AUTORIZADO	5-Valor em R\$ da Única Prestação 6269893	6-Código utilizado na Sistema 10/5//10/5//21
------------------------------	---------------------------------------	---	--	--	---	--

470172
INTERCÂMBIO

BANQUEIRO 06 Carteira										13-Nome									
000202533379400000101										JERRIMARA QUARESMAS GOMES									
13-Positivo										13-Data									
POS REDE PRESTADORA										19/11/1977									
13-Endereço										13-Endereço									
DENTAL UNI COOPERATIVA										JERRIMARA QUARESMAS GOMES									
13-Endereço										13-Endereço									
JERRIMARA QUARESMAS GOMES										JERRIMARA QUARESMAS GOMES									

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81050405		26-Código CB0 5		24UF RJ	23-Número no CRO	43280	22-Número em CRO	43280	21-Código na Operação - CNPJ / CDE	114810186371611	20-Nome do Contribuinte Exatidão	HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA		19-Nome do Profissional - Exatidão	SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS		18-Identificação a RM	N
		26-Código CB0 5		24UF RJ	23-Número no CRO	43280	22-Número em CRO	43280	21-Código na Operação - CNPJ / CDE	114810186371611	20-Nome do Contribuinte Exatidão	HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA		19-Nome do Profissional - Exatidão	SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS		18-Identificação a RM	N

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quêntimo US	47-Total Total \$S	48-Total = Total + Cópia/Impressão no
11/11/11	☐ 1-Tratamento Operatório 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	78,00	50,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a submissão a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que vi(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), to(ram) 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-Operando					

[illegible]



PADRÃO ODONTO

Seu sorriso em primeiro lugar!!

Paciente: Jerimara Quaresma Gomes.

☒ Solicito RX panorâmica para avaliar posição das raízes 3º molares e
outras extrações

☐ Solicito RX periapical do(s) elemento(s) _____

☐ Solicitação de documentação ortodôntica:

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA + COMPLEMENTO
(PERIAPICAL DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES)
- TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL + TRAÇADO CEFALOMÉTRICO (RICKETTS)
- 3 FOTOGRAFIAS INTRA-ORAIS (frontal sério, frontal sorrindo, perfil)
- 3 FOTOGRAFIAS EXTRA-ORAIS (em oclusão: frontal, lateral direita, lateral esquerda)
- FOTOGRAFIAS OCLUSAIS (superior e inferior)

Dra. Jussara Schittino
CIRURGEA DENTISTA
CRO RJ 48623

Data: 04 / 02 / 21

Rua Maria Letícia, n 66, sobreloja – Centro - Rio das Ostras/RJ

Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804

E-mail: padraoodonto66@gmail.com

471230
INTERCÂMBIO

1

que assimila esse documento

1

1000



PADRÃO ODONTO

Seu sorriso em primeiro
lugar!!

Paciente: Joelma C. Guimarães Medeiros

☐ Solicito RX panorâmica para avaliar posição das raízes _____

☒ Solicito RX periapical do(s) elemento(s) 26 e 27 pt verificar /
investigar motivo da dor referida pela
paciente. Suspeito de infiltração na distal do 26

☐ Solicitação de documentação ortodôntica:

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA + COMPLEMENTO
(PERIAPICAL DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES)
- TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL + TRAÇADO CEFALOMÉTRICO (RICKETTS)
- 3 FOTOGRAFIAS INTRA-ORAIS (frontal sério, frontal sorrindo, perfil)
- 3 FOTOGRAFIAS EXTRA-ORAIS (em oclusão: frontal, lateral direita, lateral esquerda)
- FOTOGRAFIAS OCLUSAIS (superior e inferior)

Data: 05 / 02 / 2011

Ramayana H. Lago
Cirurgia Dentária
CRM 12.544

Rua Maria Letícia, n 66, sobreloja – Centro - Rio das Ostras/RJ

Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804

E-mail: padraoodonto66@gmail.com