

383486
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194503	7-Data Validade da Senha 24/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994062003841	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708706189154496
13-Nome RITA DE CASSIA ALONSO CAMARGO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RITA DE CASSIA ALONSO CAMARGO	

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	801 - 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	
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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	25/10/2012		
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 25/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Solicitação de Exame Radiográfico

Nome: Rita de Cassia Alonso Camargo

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, 18 / 09 / 2020.

Pedro A. de Castro
Reabilitação Oral
Implantodontia & Estética
CRM 36824

Assinatura e carimbo



371251
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 09/12/0	4-Data de Autorização 10/08/10 09/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189771	7-Data Validade da Senha 10/07/11 12/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994065412386	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANGELO BERNADO DA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDREY KAUA SILVA DA HORA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANGELO BERNADO DA HORA	

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	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	08/09/10		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	08/09/10		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	08/09/10		
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 250,00	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 08/09/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Responsável Técnica: Adriana N. Guerra
CRO/RJ 25.469 - EPA0 4499

Andrey Kanaã S. de Azevedo

Solicito Rxa periapical
com litening para
análise de indicação de
Endodontia.

Dra. Adriana Neves Guerra
Odontologista
CRO-RJ 25.469

08/09/2020

Av. Marechal Deodoro, 629 sala 402 - Jardim 25 de Agosto - Duque de Caxias - RJ
Tel.: (21) 2781-8489