



379522
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/20	4-Data de Autorização 21/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193018	7-Data Validade da Senha 20/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994065264549	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 700001734925307
13-Nome DAIANE SOUZA SANTOS		14-Telefone 30/05/1996	15-Nome do titular do plano DAIANE SOUZA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RME

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	21/09/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	21/09/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	21/09/20		
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 21/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 21/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/09/20
---	---	---	---



Elizabeth Junqueira
CRO RJ 34526
CIRURGIÃ DENTISTA

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

Daviane S Santos

Solcito Rxe periapical
completo com com-
plementação de
bite wing em dentes
posteriores para avaliação
de carie e possíveis
endodontias

21/08/22
Elizabeth Junqueira
CRO RJ 34526
CIRURGIÃ DENTISTA

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



375699
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191489	7-Data Validade da Senha 14/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064557801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709008844506910
13-Nome GABRIELLE CARNEIRO PERRUT		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS ANTONIO CARVALHO PERRUT	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES (1) 81000405	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	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	18/03/2012		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S			
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 300,00	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 18/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2012 Gabrielle Perrut	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



Gabriele Carneiro Remut.

Solicito radiografia panorâmica
para avaliação de sises e periodontal
completo para avaliação óssea e
periodontal.

021
DENTAL

Dr. Larissa Beatriz Coletti Duarte
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRO-RO 45519

25/08/2020

Rua Conde de Porto Alegre- Nº477 Sala 908
Duque de Caxias , 25 de Agosto.

www.021dental.com.br



377652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/20	4-Data de Autorização 18/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50192296	7-Data Validade da Senha 16/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994065462006	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708201153897847	
13-Nome PRISCILA CURCIO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JORGE ANTONIO DA FONSECA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	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	18/09/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S			
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 300,00	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(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.

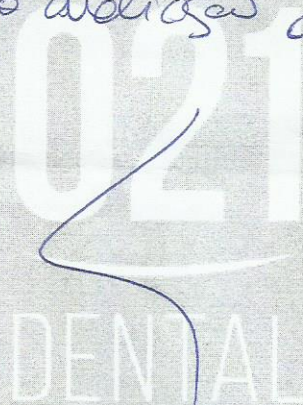
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Priscila Curcio Silva

Solicito radiografia panorâmica
para avaliação de sinos e periapical
completa para avaliação óssea e
periodontal.



Dra. Larissa Beatriz Caietiti Duarte
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 49519

1769600

Rua Conde de Porto Alegre- Nº477 Sala 908
Duque de Caxias , 25 de Agosto.

www.021dental.com.br



377659
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50192297	7-Data Validade da Senha 16/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702504366201239	
8-Número da Carteira 00379994065456758		13-Nome JORGE ANTONIO DA FONSECA SILVA		14-Telefone () -		15-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano JORGE ANTONIO DA FONSECA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.		18-Número no CRO 21704		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793		22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		23-Número no CRO 21704		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Envio de RX (1) 81000405			
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704		28-UF RJ		29-Código CBO S							

30-Tabeta	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	0,00	S	18/09/2012		
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 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 / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

021

DENTAL

Paciente: Jorge Anteroio da Fonseca
Silva

Solicito:

- (X) RX panorâmico
() RX Bitewing Posterior _____
() RX periapical do Elemento _____
() Tomografia Cone BEAN Região _____

Para avaliação de risco

RJ, 18 / 09 / 20

Dra. Kamilla Martins
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 45422

Rua Conde de Porto Alegre, 477 – Sala 908 – Duque de Caxias, 25 de Agosto.