



340927
INTERCÂMBIO

1-Registro ARES 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177213	7-Data Validade da Senha 15/11/2012
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000016096285	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004639006197
13-Nome PEDRO HENRIQUE FURTADO DUTRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE MAURICIO DUTRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	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	20/10/2012		
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 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 20/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2012
--	--	---	---



Dra. Roberta Faustino Babio Medeiros
Ortodontista
CRO-RJ 22691

Sr. Pedro Henrique Furtado Dutra

Solicitando o seguinte exame, para o menor acima:

① Radiografia panorâmica

Roberta F. B. Medeiros
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 22691

Dr. Roberto

Rua Brasilina, 15 - Sala 704
Cascaadura - 21350-060 - Rio de Janeiro - RJ
Cel.: (21) 98299.0779 - E-mail: robertafaustino@bol.com.br



334875
INTERCÂMBIO

1-Registro / NS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2007	4-Data de Autorização 17/10/2007	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174679	7-Data Validade de Senha 04/11/2007
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000016096293	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004662712965
13-Nome MARIA CLARA FURTADO DUTRA		14-Telefone 14/01/2009	15-Nome do titular do plano JOSE MAURICIO DUTRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	20/07/20		
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 14,00	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 20/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/20
--	--	---	---



Dra. Roberta Faustino Babio Medeiros
Ortodontista
CRO-RJ 22691

Mania Clara Furtado Dutra

Solicitado para menor acima, o seguinte exame:
Radiografia panorâmica dos elementos 12 e 22

RAA

Roberta F. B. Medeiros
Cirurgiã Ortodontista
CRO RJ 22691

06/07/2007

Rua Brasilina, 15 - Sala 704
Cascaadura - 21350-060 - Rio de Janeiro - RJ
Cel.: (21) 98299.0779 - E-mail: robertafaustino@bol.com.br



332943

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/20	4-Data de Autorização 02/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173925	7-Data Validade da Senha 30/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MILENA DA SILVA CA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704605691451423
-----------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome MILENA DA SILVA CARVALHO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MILENA DA SILVA CARVALHO
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRC 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0807905577	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405	Enviar - RX
---	--	---------------------------	-------------	--------------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRC 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento : Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faço	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	08/07/20		
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 este 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 08/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/20
--	--	---	---



Cura Dentale
Odontologia

Milena da Silva Corvalho.

Solicito Raio X panorâmico
para Avaliação e planejar o tratamento
odontológico.



Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião - Dentista
CRO - RJ 45463

02/07/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



334883
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2010	4-Data de Autorização 17/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174685	7-Data Validade da Senha 04/10/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00370000016096307	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004667086612
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome MARIA VITORIA FURTADO DUTRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE MAURICIO DUTRA
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000421- (II) 81000421-
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	20/07/20		LRD
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCS D		1	14,00	0,00		S	20/07/20		LRD
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 20/07/20 LRD	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/20
--	--	---	---



Dra. Roberta Faustino Babio Medeiros
Ortodontista
CRO-RJ 22691

Maris Vitória Furtado Dutra

Solicitado para menor acurácia os seguintes exames:

Radiografia panorâmica da região do 13/23 e
radiografia panorâmica

Roberta F. B. Medeiros
Ortodontista
CRO RJ 22691
06/07/2020

Rua Brasilina, 15 - Sala 704
Cascaadura - 21350-060 - Rio de Janeiro - RJ
Cel.: (21) 98299.0779 - E-mail: robertafaustino@bol.com.br



337861
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/20	4-Data de Autorização 11/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175876	7-Data Validade da Senha 09/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00379994062314073	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MONICA ALVES SANTO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704506345821910
13-Nome MONICA ALVES SANTOS		14-Telefone 31/05/1974	15-Nome do titular do plano MONICA ALVES SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome de Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	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	20/07/20		
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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/20
--	--	---	---



Odontoclínica do
SORRISO

MÔNICA ALVES SANTOS

SOLICITO RADIOGRAFIA PERIAPICAL
COMPLETO.

COM A FINALIDADE DE PLANEJAR
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.

Odontoclínica do
SORRISO

Dr. Luis Claudio G. Bastos
Cirurgião Dentista
CRM-RS: 22583

20/06/20



339016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176499	7-Data Validade da Senha 12/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003700008081878	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003326404209
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome WALDEMIR MONTEIRO DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KATIA REJANE CIRIACO DE OLIVEI
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	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	20/10/2012		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	20/10/2012		
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 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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2012
--	--	---	---

Dra. Vânia Cristina Pilar Mendes
Cirurgiã-Dentista
Implantodontista
CRO RJ 23253

Paciente: Waldemir Ponturo da Silva

Solicito

Radiografia Panorâmica e
periapical completo do paciente
sugentado para que ambas
possam cumprir a avaliação radio-
gráfica de pós-operatório cirúrgico
ocorrido em região de maxila anterior
e avaliação de tratamento reabilitador
de toda a cavidade bucal inclusive
avaliação para planejamento com
implantes osseointegrados!

Dr. Alex P. Morais
Cirurgião Dentista
CRO - 20000

Rua Luís Beltrão, 160 - Sala 306 - Vila Valqueire - 21321-230 - Rio de Janeiro - RJ
Fone/Fax: (21) 3340.4805 - Emergência: (21) 9753.6963 - E-mail: pilar.pilar@uol.com.br

20/06/20



326758
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/20	4-Data de Autorização 19/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50167287	7-Data Validade da Senha 17/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063750772	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016295684055
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA	14-Telefone 12/05/1983	15-Nome do titular do plano DANIELE RUFINO DOS SANTOS LIMA
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	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-	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00		S	29/06/20		
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 260,00	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 29/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/06/20
--	--	---	---

100% QUANTITATIVO
DIAGNOSTICO DORAL E INEL-ME



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Daniele Rufino dos
Santos Lima

Solicita Documentação Odontológica

1. Radiografias Panorâmicas
2. Telerradiografias
3. Traçados Cefalométricos USP e Tweed
4. 2 modelos Zocados
5. Fotos extra orais: Frontal, Frontal bucal e Perfil Direito
6. Fotos intra-órais: Frontal Direito e Esquerdo.

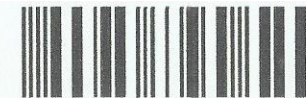
Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião Dentista
CRO RJ 45463

29/06/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



324874
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data de Autorização 17/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166350	7-Data Validade da Senha 14/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00371750000005001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PIKIL MODAS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703408270799500
13-Nome JOAO RICARDO LIMA FERREIRA NET		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOAO RICARDO LIMA FERREIRA NET	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	18/06/20		
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 14,00	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: *Paciente fez Panorâmica também. Mais stava autorizada em outra clinica - fiz contato por email.*

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 18/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/06/20
--	--	---	---



Dr. Rubem Fiore Neto

Cirurgião Dentista

CRO 18271-RJ

Jonã R.L. Ferreira Neto

SOLICITAÇÃO DE RX
(Sem Laudo)

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA

AValiação DOS ELEMENTOS
DENTÁRIOS

- RADIOGRAFIA PERIAPICAL

Dentes 11 e 21

Rio, 15/06/20

Rubem F. Neto
Cirurgião Dentista
CRO RJ 18271

Rua Cisplatina nº 152 Irajá RJ

☎ 3372-2219 ☎ 99649-6747



314463

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/20	4-Data de Autorização 22/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50171425	7-Data Validade da Senha 17/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063751418	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003109720592
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LOREN TEIXEIRA BEZERRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LOREN TEIXEIRA BEZERRA
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	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	15/07/20		L. Loren
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\$ 64,00	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 Guia externa alterada.

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 15/07/20 L. Loren	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/07/20
--	--	--	---



CLÍNICA ODONTOLÓGICA PJ

CNPJ/MF.: 08.047.660/0002-10

Leon Teixeira Bezerra

Solicitado:

(1) Radiografia Periapical completa

Ind: AV. de Côas interproximais.

Dr. Jovita Bernardes de Lima
Cirurgiã Dentista
CRO-37616

19/05/2020

Rua das Camélias, 94 - Vila Valqueire - Rio de Janeiro - RJ. - Tel: 3563-6669



332674
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 07/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7676254	7-Data Validade da Senha 29/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 002025282300000000101	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 CLAUDIO BERNARDO DA SILVA		14-Telefone 06/01/1957	15-Nome do titular do plano JOSE CLAUDIO BERNARDO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRC 34928	19-UF RJ	20-Código CEO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNP. / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRC 34928	28-UF RJ	29-Código CEO S	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	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	07/07/20		<i>Dr. Sidney</i>
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 07/07/20 <i>Dr. Sidney</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/07/20
--	--	---	---



José Claudio Bernardo de Silva.

Diagnóstico Rx panorâmica e.

Rx Periapical completa para
análise clínica e traçar nos
elementos anteriores.

01/07/2020

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgia - Dentista
CRO - RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



332948
INTERCÂMBIO

1-Registro AN 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/07/20	4-Data de Autorização 10/3/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173935	7-Data Validade da Senha 30/09/20
-------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 0037994064465150	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MILENA DA SILVA CA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702005350206487
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome MARIÁ CLARA CARVALHO TRINDADÉ	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MILENA DA SILVA CARVALHO
--	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRC 34928	19-UF RJ	20-Código CEO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0807905577	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRC 34928	28-UF RJ	29-Código CEO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	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-	0091000100	DOCUMENTAÇÃO			1	260,00	0,00			08/07/20		
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 260,00	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 08/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/20
--	--	---	---



Cura Dentale
Odontologia

Maria Clara Corvalho Trindade.

Solicito Documentação Ortodontica.

- 1- Raio X Panorâmico
- 2- Teloradiografias
- 3- Traçado Cefalométrico (USP e Tweed)
- 4- 2 modelos Zocalados.
- 5- Fotos extra orais: Frontal, Frontal sorrindo e perfil Direito
- 6- Fotos intra orais: Frontal direito e esquerdo em oclusão.

02/04/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463


Dr. Felipe De Ferrante
Odontólogo Dentista
CRO - RJ 45463



332553

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 03/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173792	7-Data Validade da Senha 12/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994063750624	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700102910306813
13-Nome MARCIA DA SILVA BORGES MARTINS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIA DA SILVA BORGES MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	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	03/07/20		
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 03/07/20 Marcia Borges	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/07/20
--	--	---	---



Marcelo da Silva Borges

Soluto Rx. Periapical Completo e.
Rx panorâmica. para avaliação
clínica e posicionamento
dos 3º molares.

01/07/20
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382

☎ 21 97388-8012
(WhatsApp)

☎ 21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



323604
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/20	4-Data de Autorização 12/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50165991	7-Data Validade da Senha 10/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000020274281	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 700406465510740
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome JOICE DE JESUS MENDES DE OLIVE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO DE SOUZA LOPES
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CEO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CEO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	08/07/20		
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 08/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/20
--	--	---	---



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Joice de Jesus Mendes
de Oliveira

Solicito Raio X panoramico
para Avaliar e planejar o tratamento
odontologico.

Drª Ana Carolina Santos
Cirurgia Dentista
CRO-RJ 44874

12/06/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463


329583
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 6/12/0	4-Data de Autorização 12/5/10 6/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172406	7-Data Validade da Senha 12/2/10 9/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa J M LABORATORIO VE		11-Data Validade da Carteira / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000776356709	
5-Número da Carteira 00379994064140803		13-Nome MICHELLE DA SILVA DUQUE		14-Telefone () - / - /		15-Nome do titular do plano MICHELLE DA SILVA DUQUE			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRC 34928		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0807905577		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número no CRO 34928		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		Enviar - RX (1) 81000405	
				27-Número no CRC 34928		28-UF RJ		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faço	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	29/06/20		
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 / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/20		53-Data, local e Cartão da Empresa 29/06/20	
---------------	--	--	--	---	--	--	--



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Michelle Silva Duque

Solicitado:

1) Rx panorâmico

Motivo: Avaliação dos elementos
para exodontia.


Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião Dentista
CRO RJ 45463

24/06/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



336438
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175337	7-Data Validade da Senha 06/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00370000028665743		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MULTIMAC COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701404688025938
13-Nome JOSE DA SILVA ALVES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE DA SILVA ALVES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número na CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número na CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA				27-Número na CRO 34928	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		S	16/07/20		
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 16/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/07/20



OdontoFields

Joní de Silva Alves .

Solicito Rx panorâmica para
análise dos implantes instalados
e posicionamento dos elementos
removíveis .

08/07/2020

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



333306
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/20	4-Data de Autorização 03/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174065	7-Data Validade da Senha 30/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703600087236331
13-Nome LETICIA DE SOUSA SILVA VALÉ		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano LETICIA DE SOUSA SILVA VALE		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRC 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRC 34928	28-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA				29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	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	07/07/20		
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 07/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/07/20
--	--	---	---

DIAGNÓSTICO ORAL EIRELI-ME



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Letícia de Sousa Silva Vale

Solicitado Raio X panorâmico para

Avaliar e planejar o tratamento odontológico.


Dr. Felipe De Frenete
Odontólogo - Dentista
CRO - RJ 45463

02/07/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



332137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 01/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173581	7-Data Validade da Senha 29/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000002763578	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRIMEIRA IGREJA BATISTA DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702001370707984
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome JULIA COSTA LESSA SILVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DENILSON LESSA SILVEIRA
---------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRC 34928	19-UF RJ	20-Código CEO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNP. / CPF 0807905577	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 8100405	Enviar - RX
---	--	---------------------------	-------------	-------------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRC 34928	28-UF RJ	29-Código CEO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/07/20		
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 07/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/07/20
--	--	---	---



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Julia Costa Lessa

Solicito:

1) Rx panorâmico

Motivos: Avaliação dos elementos
para tratamento endo dentário
e avaliação dos riscos.

01/07/20
Drª Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



329088
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização 24/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172206	7-Data Validade da Senha 22/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000002763543	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRIMEIRA IGREJA BATISTA DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DENILSON LESSA SILVEIRA		14-Telefone 14/09/1973	15-Nome do titular do plano DENILSON LESSA SILVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRC 34928	19-UF RJ	20-Código CEO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNP. / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRC 34928	28-UF RJ	29-Código CEO 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	07/07/20		
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 07/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/07/20
--	--	---	---

DIAGNOSTICO ORAL CIREL-ME



Cura Dental
Odontologia

Paciente: Denilson Lessa Silveira

Solicito:

Rx panorâmica

Motivo: Avaliação para Exodontia

24/06/2020
Dra Ana Carolina Santos
Cirurgia Dentista
CRO RJ 44874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892



324168
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2006	4-Data de Autorização 23/10/2006	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50170690	7-Data Validade da Senha 13/10/2009
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 0037000016985969	10-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa F2 DE MAGALHÃES BA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704204239569783
13-Nome RENAN DE PINHO LUCATO GENTIL		14-Telefone 03/10/2002	15-Nome do titular do plano FÁBIO LUCATO GENTIL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRC 34928	19-UF RJ	20-Código CEO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNP / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRC 34928	28-UF RJ	29-Código CEO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	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	02/07/20		
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\$ 10,00	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, é 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 Guia externa alterada.

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 02/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/07/20
--	--	---	---

COPIA DIGITAL EMANADA DO ORAL EXCEL-ME



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde



Receituário

Nome

Renan de Pinho Loureiro Gentil

CPF

Data de Nascimento

03/10/2002

Unidade de Saúde

POSTO DE SAÚDE PROF. MASEO GOTO CAP. 5.1

AV. Carlos Pontes s/nº

Sulacap - RJ. CEP. 21741-340

CNPJ. 29468.055/0071-14

Prescrição

- Solicito Radiografia Panorâmica de Face.

Motivo: Paciente com dor na região dos
nisos.

Alexandre Luiz Mendes
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 22349
Mat. 10/228817-2

RIO DE JANEIRO, *13* de *junho* de *2020*

Alex

Assinatura e Carimbo do Requeritante



330555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2012	4-Data de Autorização 29/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7665539	7-Data Validade da Senha 24/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SORAIA DA SILVA MELO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SORAIA DA SILVA MELO
---------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRC 34928	19-UF RJ	20-Código CEO S 09	025 - Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0807905577	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405
---	--	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRC 34928	28-UF RJ	29-Código CEO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento: Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Facis	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			04/07/20		
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-Exatne 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, é 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 04/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/07/20
--	--	---	---



Soreia do Silva Melo.

Solicitto Rx Panorâmica para
avaliação dos 5º molares ;
inclusos ?

26/06/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRC-RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



345308
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/07/20	4-Data de Autorização 27/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178862	7-Data Validade da Senha 22/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063748190	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700607495701969
13-Nome TABATA RODRIGUES LIMA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TABATA RODRIGUES LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	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	25/07/20		
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: *Paciente ao invés de arcar no campo 52, indevidamente arcar no 53.*

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 / /
--	--	--	--



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Talata Rodrigues Lima

Solicito

1) Rx panorâmica

Motivo: Avaliação dos elementos
dentários para planejamento
do tratamento odontológico

28/07/2020
Dra Ana Carolina Santo,
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire
☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



339708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2017	4-Data de Autorização 16/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7707218	7-Data Validade da Senha 13/10/2017
8-Número da Carteira 00202510220300176101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome MARCOS RODRIGUES DOS REIS			
14-Telefone (21) 12489-6231		15-Nome do titular do plano MARCOS RODRIGUES DOS REIS			
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 34928	
19-UF RJ		20-Código CBO S 09		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	
22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número no CRO 34928		24-UF RJ	
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	
28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Fratura/Co-participação R\$	

025 -
Faturar Empresa
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-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			20/10/2017		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												

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 20/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2017
---------------	--	--	---	---



Marco Rodrigues dos Reis

Solicito Rx panorâmica para avaliação
clínica e 3º molares, semi-inclusos.

15/07/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ



340911
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2017	4-Data de Autorização 17/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177216	7-Data Validade da Senha 15/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994062135799	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 700008555763104
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome ROSILENE ANDRADE SOARES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSILENE ANDRADE SOARES
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405	Enviar - RX
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	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	22/07/20		
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 22/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/07/20
--	--	---	---



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Roselene Andrade Soares.

Solicito Raio X panorâmico
para Avaliação e planejamento
odontológico.

Dra Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44874

14/07/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



341969
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/20	4-Data de Autorização 20/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177603	7-Data Validade da Senha 18/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994060840290	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANDRE LUIZ SCHEINE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702603234761847
13-Nome MARIA ANGELICA MOTA SILVA		14-Telefone 02/06/1978	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ SCHEINER RAMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	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	23/07/20		<i>André Ramo</i>
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 Paciente amarelo indevidamente no campo 53.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / <i>Maria Angelica Mota Silva</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / <i>André Ramo</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/07/20
--	---	--	---



Maria Anílica Mota Silva

Solicito Rx panorâmica completa para
avaliar lesões cariosas.


Dra. Michelle Costa
Cirurgiã Dentista
CRO 37271

24/06/2020

Endereço: Rua Carolina Machado, 380 - Sala 402 - Madureira - RJ.
CEP 21351-021 - Tel.: (21) 96447-7351
Site: www.cscostalima.com - Email: cscostalima@gmail.com



340332
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/07/2016	4-Data de Autorização 16/07/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176995	7-Data Validade da Senha 14/10/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994063748344		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704806015529245
---	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome BRUNO DE SOUSA SANTOS	14-Telefone 13/09/1982	15-Nome do titular do plano BRUNO DE SOUSA SANTOS
----------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	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	20/07/2016		
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 20/07/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/2016
--	--	---	---



Cura Dentale
Odontologia

Bruno de Sousa Santos.

Salinto Raio X panoramico.
para Avaliar e planejar tratamento
odontologico.

Dra Ana Carolina Santos
Cirurgia Dentista
CRO/RJ 44874

2010x1200

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



328519

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 21/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7655382	7-Data Validade da Senha 21/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526543200001601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SILVIA MARIA WU MACHADO	14-Telefone () 8731-4885	15-Nome do titular do plano SILVIA MARIA WU MACHADO
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / QPP 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	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	22/07/20		AS
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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.	Paciente amarela indevidamente no campo S1.
---	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Silvia Maria Wu Machado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/07/20
--	--	---	---

CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Dr. Bruno Fernandes Machado

Silvia Maria da Machado

RECEITUÁRIO

Múltiplas avaliações de diagnóstico
relacionadas a ATM

- Panorâmica
- Semiograma de ATM

Lio, 18/06/2020

Dr. Antonio L. S. Junior
Radiologia / Estomatologia
CRO/RJ 30572

RUA BARONESA, 681 - LOJA B - PRAÇA SECA - RIO DE JANEIRO - RJ -
21312-000

TEF: (21) 7454-7349.



340712
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406474	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177130	7-Data Validade da Senha 14/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00370000008087965	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004856870167
13-Nome ANDRE LUIS DE OLIVEIRA AMARAL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIS DE OLIVEIRA AMARAL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	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	20/07/20		
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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/20
--	--	---	---



CLÍNICA ODONTOLÓGICA PJ

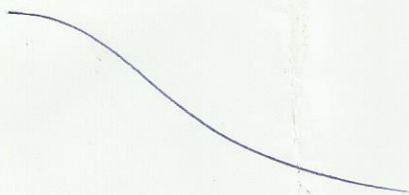
CNPJ/MF.: 08.047.660/0002-10

André Luis de Oliveira Amaral. Pinto.

① Radiografia Periapical completa.

Ind:

- av. de corais interproximais.



Dra. Jéssica Guimarães de Lima
Cirurgiã Dentista
CRO: 37616
16/01/2020

Rua das Camélias, 94 - Vila Valqueire - Rio de Janeiro - RJ. - Tel: 3563-6669



340403
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177016	7-Data Validade da Senha 14/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994063751000	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016296749037
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ADRIANO ALVES DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANO ALVES DOS SANTOS
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405	Enviar - RX
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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		S	20/07/2012		
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-Parcelal	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 Paciente assinou individualmente no campo 51.
--

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 / /
--	--	--	--



Cura Dentale
Odontologia

Paciente:

Adriano Alver dos Santos.

Solicitado Raio X panorâmico
para Avaliação e planejar
o tratamento odontológico.

16/07/2020
Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião Dentista
CRO - RJ 45463

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



344441
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2017	4-Data de Autorização 23/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178496	7-Data Validade da Senha 21/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063750497	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004141250114
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome FABIO DE OLIVEIRA BARRETO	14-Telefone 02/11/1983	15-Nome do titular do plano FABIO DE OLIVEIRA BARRETO
--------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405	Enviar - RX
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	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	27/10/2017		
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 Paciente amoua indevidamente no campo 53.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2017
--	---	--	---



Fábio de Oliveira Barreto

Solicitado Rx panorâmica para avaliação
clínica e pda osso horizontal.

23/07/2022
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382

Am



21 97388-8012
(WhatsApp)



21 3936-1003



Odonto Fields



@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Vila Valqueire - RJ