



412373
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204032	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000030315045		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 700007717133703
13-Nome MARIA DE FATIMA GRACINDO DE ME		14-Telefone 08/10/1954	15-Nome do titular do plano MARIA DE FATIMA GRACINDO DE ME		
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número no CRO 34928	24-UF RJ
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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	30/11/20		
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 em R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	-------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/20
--	--	---	---

1000-INSTITUTO
ODONTOLÓGICO
DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Tuana Fernanda Peixoto De Souza

Cirurgiã-Dentista | CRO-RJ 28.807

Clínica Geral | Ortodontia



MANIA DE FÁTIMA GARCIA MENDES

SOLICITO:

- PERMANÊNCIA COMPLETO

COM ASSINATURA DE TUA FERNANDA PEIXOTO DE SOUZA

Dra Tuana F. P. de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ 28807

10/11
2020

📍 Praça Seca, 50 - Sala 602 - Jacarepaguá

📍 Estrada Benvindo de Novais, 1555 - Recreio dos Bandeirantes

Rio de Janeiro - RJ - ☎ (21) 2454-1968 | 📞 (21) 99998-6088

✉ tuanafernanda@hotmail.com



415487
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204962	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000030315045	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 700007717133703
13-Nome MARIA DE FATIMA GRACINDO DE ME		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DE FATIMA GRACINDO DE ME	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 (1) 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	

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	10/11/20		
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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/20
--	--	--	---

1000-INST-001
CITA-001
DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Tuana Fernanda Peixoto De Souza

Cirurgiã-Dentista | CRO-RJ 28.807

Clínica Geral | Ortodontia



LEITURA DE FOTÓGRAFIAS GUARDADAS MEMÓRIAS

SOLICITO:

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA

COM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO

PERIODONTAL


Dra. Tuana F. P. de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ 28807

11/01/2020

📍 Praça Seca, 50 - Sala 602 - Jacarepaguá

📍 Estrada Benvindo de Novais, 1555 - Recreio dos Bandeirantes

Rio de Janeiro - RJ - ☎ (21) 2454-1968 | 📞 (21) 99998-6088

✉ tuanafernanda@hotmail.com



415857
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205090	7-Data Validade da Senha 08/10/21
8-Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706903131351336			13-Nome PAULA CRISTINA NUNES DE SA		
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano PAULA CRISTINA NUNES DE SA		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante		
18-Número no CRO 34928			19-UF RJ		
20-Código CBO S 09			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		
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA			27-Número no CRO 34928		
28-UF RJ			29-Código CBO S		

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	13/11/20		
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 13/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/20
--	--	---	---

IBDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Odontoclínica do
SORRISO

Paulo Cristina N. de Sá

Solicito Radiografia Panorâmica p/
avaliar 3^{os} molares.

Odontoclínica do
SORRISO

20/11/2023

Drª Amanda Novaes
Dentista
CRP 37891

Dados do Beneficiário

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

10/10/2017 DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Mikemay Marques de Nascimento

Solucão fixa final completa

para avaliação clínica e protética,
devido a cáries interproximais e
perda dos dentes.

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

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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

09/11/20



414440
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204633	7-Data Validade da Senha 07/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994063753380	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002475639800	
13-Nome TAYNA ALVES PESSANHA DO NASCIM		14-Telefone 27/01/1991	15-Nome do titular do plano MIKENRAY MARQUES DO NASCIMENTO		
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	

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 PANDRÂMICA			1	78,00	0,00			12/11/20		
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 12/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20
---------------	--	--	---	---

IBDO-INSTITUTO DIGITAL
DIAGNÓSTICO ORAL



Taynê Alves Lessaure

Solicitado Rx panorâmico para avaliação
clínica e ortodôntica:

Ana Carolina Gueiros Campos
Cirurgiã Dentista
CRO RJ: 37382

09/m/2020

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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



411320
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203703	7-Data Validade da Senha 02/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037994065773532	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 706008825155542	
13-Nome NATHALIA DOMINGUEZ MATOS		14-Telefone 23/12/1991	15-Nome do titular do plano NATHALIA DOMINGUEZ MATOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na 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 na CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNEB	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome de 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			11/11/20		
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 11/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/20
---------------	--	--	---	---

IBDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Nathalia Dominguez Mats

Solicito

1) Rx panorâmica

Motivo: Avaliação dos elementos dentários
para planejamento do tratamento
odontológico

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

04/11/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



414448
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204636	7-Data Validade da Senha 07/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994063750128	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705000090188751	
13-Nome ANNE COELHO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANNE COELHO 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 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	Enviar - RX (R) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no 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	11/11/20		
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 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 11/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/20
--	--	---	---

IDDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Amizade coelho dos Santos.

Sessão de planejamento dos maxilares. Sem laudo.



Dra. Alessandra Feder
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 48247

09/11/2020



417788
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8047872	7-Data Validade da Senha 10/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533070900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome CRISTINA DE OLIVEIRA GONCALVES		14-Telefone 03/12/1975	15-Nome do Titular do plano CRISTINA DE OLIVEIRA GONCALVES	

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 Enviar - RX (#) 81000405
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	
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			13/11/20		Pis
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 13/11/20, Pis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/20
--	--	--	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

021 DENTAL

Nome completo : Cristina de Oliveira Gonçalves.

Solicito exame radiológicos abaixo:

RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA) – ASAI

- Para fins de diagnósticos, avaliação de sisos e periodontal.


Dra. Patricia Esteves da Silva Gil
Cirurgia Dentista
CRO RJ 49262

Rio de Janeiro 09 / 11 / 2020.

021 Dental- Unidade Madureira- 2263-8960

Rua Soares Caldeira , 142 sala 206



414483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204654	7-Data Validade da Senha 07/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000032015570	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APPA SERVICOS TEMP	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003268901056
13-Nome EMERSON ALVES DE BRITO		14-Telefone 04/07/1986	15-Nome do titular do plano EMERSON ALVES DE BRITO	

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 (R) 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 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-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
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	14/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 o 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 14/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/20
--	--	---	---

1000-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO-ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Emerson Alvor de Brito.

Solicitado Raio X panorâmico
para avaliação e planejamento o
tratamento odontológico.

07/11/20


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



416392
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205236	7-Data Validade da Senha 09/02/21
8-Número da Carteira 0037994065270840					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RODRIGO DE OLIVEIR		11-Data Validade da Carteira ____/____/____	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704006824239663		13-Nome ROSANGELA MIRANDA DE LIMA ALVE			
14-Telefone 07/08/1982		15-Nome do titular do plano RODRIGO DE OLIVEIRA ALVES			
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número na 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 de Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número na CRO 34928		28-UF RJ	
29-Código CBO S		801 - Faturar Empresa			

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			17/11/20		Deu
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 condições 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 o 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 17/11/20 Deu	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/20

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
DRA. FÁTIMA CUNHA COSTA

Nome do paciente: Rosanele Miranda de

Data: 10 / 11 / 2020 Lima Alves

Solicito:

Periapical completo

18/28/38

P/ avaliar posição Radicular

Dra Fátima C. Costa
CRO-RJ 17044
Clínica Geral
Harmonização
Carimbo e Assinatura

Estrada da Cancela Preta Nº. 2011 - Bangu/RJ
Tel: 3309-2313 / 96575-8811
Rua Carolina Machado, 530 sala 409 - Madureira/RJ

"Confia no Senhor as tuas obras, e teus pensamentos serão estabelecidos".



418149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205774	7-Data Validade da Senha 10/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994065448674	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 89800483378991	
13-Nome EDNALVA GERMANA DO NASCIMENTO		14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira / /		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 34928	
21-Código no Operadora / GNPI / GPF 08079055777		22-Nome da Contratada Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número no CRO 34928	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928		28-UF RJ	
29-Código CNES		30-Código CBO S		31-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	12/11/20		
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	12/11/20		
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 12/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20
--	--	---	---

INSTITUTO DENTÁRIO
DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Ednaiva G. do N. de Moraes

Solicitado

1) Rx periapical completo

Motivo: Paciente com muitas coroas,
(necessidade de avaliação
para tratamento endodôntico)

Dra. Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CBO-RJ 44874

[Handwritten signature]
15/11/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



Cura Dentale
Odontologia

Paciente Ednaldo G. do N. de Moraes

Solista

1) Rx panorâmico

Motivo: Avaliação dos elementos
dentários para planejamento
do tratamento odontológico

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



418154
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205775	7-Data Validade da Senha 10/02/21
8-Número da Carteira 00379994065454330		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004657584023
13-Nome MANUELLA NASCIMENTO DE MORAES			14-Telefone 28/05/2011	15-Nome do titular do plano EDNALVA GERMANA DO NASCIMENTO	
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	Enviar - RX (R) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no 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	12/11/20		
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\$ 100,00	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 12/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20
---------------	--	--	---	---

ODONTO-INSTTUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Clear Dent

manuela nascimento



① Radiografia panorâmica .

Para avaliação .

[Handwritten signature]

Rio, 10.11.2020



Praça Nilo Peçanha, 209 - 501 - Centro - Nilópolis - RJ
Telefones: (21) 7791-6778 / 2691-1955



414505
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012		4-Data de Autorização 10/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8034210		7-Data Validade da Senha 07/02/21	
8-Número da Carteira 00202533377200000102											
9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SOPHIA MEDEIROS DOS SANTOS LOPES						14-Telefone 02/02/2015		15-Nome do titular do plano DAIANE MEDEIROS NASCIMENTO DOS SANTOS			
16-Atendimento a RH N											
17-Nome do Profissional Solicitante											
18-Número no CRO 34928				19-UF RJ		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa			
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777				22-Nome da Contratada 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	
Envio - RX (I) 81000405				(II) 81000375-RMD				(III) 81000375-RME			

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	14/11/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	14/11/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	14/11/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 106,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	----------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Alterada a Guia de temporária para definitiva.											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 14/11/20			53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/20		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

IBDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Thalyta Braga de Moraes
Cirurgiã-Dentista
CRO 46146

Solicitado para paciente Sophia M. dos S. Lopes:

*Radiografia panorâmica simples (sem laudo)
para avaliar desenvolvimento de dentes permanentes.*

*Radiografia interproximal dos lados direito e
esquerdo para avaliar lesões cáries.*

06 NOV.2020



Dra. Thalyta Braga
Cirurgiã-dentista
CRO - RJ 46.146

7DD0-20100255/2143 8550.

Rua das Rosas, 95 - sala 513
Vila Valqueire 21330-680
Rio de Janeiro - RJ
Telefones: 3349-4105 / 98818-3504
E-mail: tbmoraes@gmail.com



428331
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406114	3-Data de Emissão da Guia 26/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208745	7-Data Validade da Senha 24/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ASSOCIA??O ASSISTE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706901157715732	
8-Número da Carteira 00370000030015068				13-Nome LIA BARCELLOS DE AZEVEDO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LIVIA BARCELLOS SILVA DE AZEVE	

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		Enviar - RX (1) 81000405	
27-Número no 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			26/11/20		
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	
---------------	--

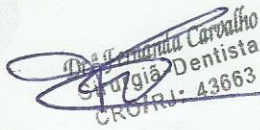
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20
--	--	---	---

100% INSTITUTO DENTAR DIAGNÓSTICO ORAL

Lia

Solicito

↓ - Radiografia panorâmica para avaliação
dos permanentes.


Dr. Mariana Carvalho
Odontologista Dentista
CRO/RJ: 43663

26/11/20

(21) 2403-8349

facebook/odontoprime-consultórios

odontoprimeconsultorio@gmail.com.br

Rua Silva Cardoso, n° 405

Sala 332 - Bangu

Rio de Janeiro





428341
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208746	7-Data Validade da Senha 24/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000029964418		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIA??O ASSISTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700800445475983
--	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LIVIA BARCELLOS SILVA DE AZEVE	14-Telefone 21/01/1986	15-Nome do titular do plano LIVIA BARCELLOS SILVA DE AZEVE
---	---------------------------	---

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
--	---------------------------	-------------	-----------------

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			26/11/20		
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 26/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20
--	--	---	---

IBDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



OralMundi
CLÍNICA

Solicitação de Exame

PARA: Livia Barcellos Silva De Azevedo

Solicito levantamento Periapical (boca toda) para avaliação geral.

~~Fernando Chiod Lugo~~
~~Cirurgião Dentista~~
~~CRO/MS 4790~~

04/09/2020

Campo Grande – MS



420586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2012	4-Data de Autorização 17/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206637	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994063587170		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALADA VEICULOS NOV	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701002847620993
---	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome THIAGO DE MENEZES CUNHA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THIAGO DE MENEZES CUNHA
------------------------------------	----------------------	--

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 de 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
--	---------------------------	-------------	-----------------

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	24/11/2012		
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	24/11/2012		
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 contratado 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, o valor desse 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 24/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/2012
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO



Trigo de Menezes Cunha

Soluto Rx Invisível Completo
para avaliação de corais interproximais,
e posicionamento dos 30 melões.

17/11/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

Prça Saíqui, 40 - salas 201 e 203 - Vila Valqueire - RJ



Thiago de Menezes Cunha.

Soluto R. Pomerônie por avaliação
clínica e ortodôntica.


Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382
17/11/2020

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

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



419984
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206455	7-Data Validade da Senha 14/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994061355264	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTRO DE EXCELENC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706801241865120	
13-Nome WASHINGTON MURAT NEVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DO SOCORRO GOMES DE ALME		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH 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 / GN/PJ / 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-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	19/11/20		
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-Parcela	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.

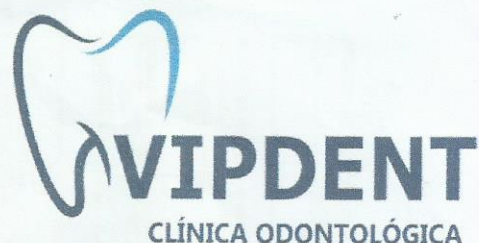
49-Observação

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 19/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/20
--	--	---	---

1000 INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dr. Caio Marcelo L. Ferreira & Equipe

20 Anos Implantando Sorrisos



HARMONIZAÇÃO OROFACIAL - BOTOX (TÓXINA BOTULÍNICA) - PREENCHIMENTO FACIAL - REABILITAÇÃO ORAL

IMPLANTE DENTÁRIO

Cirurgias Computadorizadas
Implantes Dentários
Enxertos Ósseos

PRÓTESES

Prótese Flexível
Prótese Fixa
Prótese de Encaixe

ORTODONTIA

Aparelhos Fixos
Aparelhos em Porcelana
Mini Implante Ortodôntico

ODONTOLOGIA ESTÉTICA

Clareamento Dental
Facetas em Porcelana
Restaurações Estéticas

Requisição de Exame Radiográfico

Paciente: *Washington Murat Neves*

Convênio: *Unimed Rio*

Indicação: *Periapical Completa*

22/10/2020

Drª Luana Nogueira
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 49837

BARRA DA TIJUCA

Av. Emb. Abelardo Bueno, 1
Ed. Abelardo Bueno - Sl 536

☎ 99666-3683 | 3400-7028

PRAÇA SECA

Centro Comercial 705
Rua Baronesa, 705 - Sl. 308

☎ 98104-9972 | 3439-1770 | 3017-0709

O - 2739 Responsável Técnico Caio Marcelo L. Ferreira CRO RJ 28258

CLINICAVIPDENT.COM.BR | @vipdentclinica | Vipdent Odontologia



412070
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203922	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000015687190	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 700005650624008
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome NATASHA ALBUQUERQUE MOUTA	14-Telefone 21/06/1991	15-Nome do titular do plano MARIA SALETE FARIAS ALBUQUERQUE
--------------------------------------	---------------------------	--

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 080790555777	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			23/11/20		
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 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 23/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/20
--	--	---	---

ODONTOLOGIA DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Natasha Albuquerque Monte

Solicit:

1) Rx panorâmica

Motivos: Avaliação dos elementos
dentários para planejamento
do tratamento odontológico

Dra. Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44874

05/11/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



421734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064715	7-Data Validade da Senha 16/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533338500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANYEKSON RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR		14-Telefone 05/08/1995	15-Nome do Titular do plano DANYEKSON RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 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	

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 PANDRÂMICA			1	78,00	0,00		S	23/11/20		Danyekson
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) por meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha ordem o 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 23/11/20 Danyekson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Danyskron Rodrigues dos Santos Junior

Solicito fr. lausônica por avaliação
dos 30 dentes incluídos e semi-incluídos.

Dr. Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRD-RJ: 37382
18/11/20

21 97388-8012
(WhatsApp)

f Odonto Fields

21 3936-1003

@odontofields

Prça Saqui, 40 - salas 201 e 203 - Vila Valqueire - RJ



421727
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2011	4-Data de Autorização 18/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207030	7-Data Validade da Senha 16/02/2011
8-Número da Carteira 00379994065433782			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701207017729510			13-Nome GUSTAVO MOREIRA FOLIGNO		
14-Telefone 22/08/1971			15-Nome do titular do plano ANA LUCIA PAGANOTO FOLIGNO		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante					
18-Número no CRO 34928					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 09					
21-Código de 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					
801 - 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-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			23/11/2011		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00			23/11/2011		
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, o 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 23/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/2011

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Gustavo Maurice Follgue .

Soluto Rx Periapical Completo para
análise periodontal, devido
a perda óssea generalizada ..

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382
18/11/20

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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

Gustavo Moreira Figueira

Solicitado Rx panorâmica para
análise dos 3º molares e
possíveis dentes inclusos

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

18/11/2020

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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



418375
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2013	4-Data de Autorização 14/11/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8050875	7-Data Validade da Senha 11/10/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025339120000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARTHUR OLIVEIRA ANDRADE		14-Telefone 17/11/2013	15-Nome do Titular do plano NATHALIA GABRIELA DE OLIVEIRA THEODORO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
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	Enviar - RX (R) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número na 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	21/11/2013		
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 21/11/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2013
--	--	---	---

DDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Thalyta Braga de Moraes
Cirurgiã-Dentista
CRO 46146

Solicito para Arthur Oliveira Andrade

Radiografia panorâmica simples (sem lentes)
para avaliação desenvolvimento de dentes permanentes.

13 NOV. 2020

Thalyta
Dra. Thalyta Braga
Cirurgiã-dentista
CRO - RJ 46.146



Praça Saiqui, 40 - Sala 202 - Vila Valqueire
21330-320 - Rio de Janeiro - RJ - Cel.: (21) 98818.3504
E-mail: tbmoraes@gmail.com



418380
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/20	4-Data de Autorização 14/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8050877	7-Data Validade da Senha 11/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025339120000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATHALIA GABRIELLA DE OLIVEIRA THEODORO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NATHALIA GABRIELLA DE OLIVEIRA THEODORO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / GNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número na CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (II) 81000421-
26-Nome de 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	21/11/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	21/11/20		
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 92,00	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 o 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 21/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/20
--	--	---	---

ODONTOLÓGICO INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Thalyta Braga de Moraes
Cirurgiã-Dentista
CRO 46146

Solicitado para Nathalia Gabrulla de O. Theodoro

Radiografia panorâmica simples para avaliar
terciros molares.

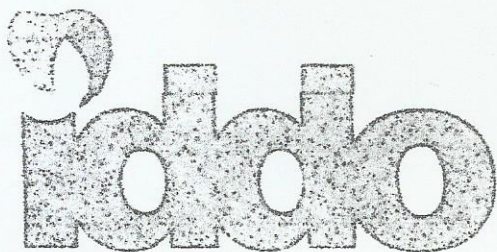
Radiografia periapical do elemento 47
para avaliar possibilidade de exodontia.

13 NOV. 2020



21438550.
IDNO-2010 0255

Praça Saiqui, 40 - Sala 202 - Vila Valqueire
21330-320 - Rio de Janeiro - RJ - Cel.: (21) 98818.3504
E-mail: tbmoraes@gmail.com



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O(s) Paciente(s):

Nathalia Gabriella de Oliveira Trindade.

Não conseguiu retirar o piercing localizado:-

orelha direita

impedindo a realização correta da técnica radiográfica.

Ass: Nathalia G. de O. Trindade.



426124
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208129	7-Data Validade da Senha 22/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994063587197	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALADA VEÍCULOS NOV	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70203321864530
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---

13-Nome LIANE DE MENEZES CUNHA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THIAGO DE MENEZES CUNHA
-----------------------------------	----------------------	--

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 / GNPJ / 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	25/11/20		
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 25/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/20
--	--	---	---

IDDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Liame de Inereza Ambler.

Solicitado fr. Perispiral Caplet
para avaliação periodontal e
proteção.

an
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382
25/11/2020

☎ 21 97388-8012
(WhatsApp)

☎ 21 3936-1003

📍 Odonto Fields

📱 @odontofields

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



405026
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201681	7-Data Validade da Senha 24/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065702600	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARIANE MATOS DA S	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703009896574978
13-Nome SHIRLEY HORTENCIO DE SOUZA LIM		14-Telefone 21/06/1979	15-Nome do titular do plano MARIANE MATOS DA SILVA	

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	03/11/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	03/11/20		
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 03/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20
--	--	---	---

100% INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Thalyta Braga de Moraes
Cirurgiã-Dentista
CRO 46146

Solicito para paciente Shirley H.S. Lima

→ Radiografia panorâmica simples (sem laudo)
para avaliar terceiros molares

→ Revantamento periapical para avaliar
condição periodontal e pulpa dos elementos.

16 OUT. 2020

Dra. Thalyta Braga
Cirurgiã-Dentista
CRO - RJ 46.146



Praça Saiqui, 40 - Sala 202 - Vila Valqueire
21330-320 - Rio de Janeiro - RJ - Cel.: (21) 98818.3504
E-mail: tbmoraes@gmail.com



412655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204133	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000016323141		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ENGTI TELECOMUNICA		11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704205286406186					
13-Nome CARLOS AUGUSTO MARQUES RODRIGU			14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CARLOS AUGUSTO MARQUES RODRIGU
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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 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
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA			27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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			06/11/20		
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.

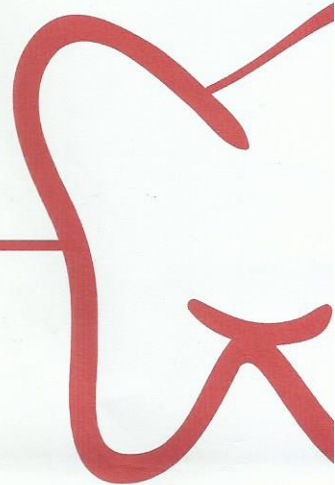
49-Observação			
---------------	--	--	--

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 06/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Dra. Márcia de Freitas Matos
Cirurgião-Dentista
CRO 31689-RJ



Carlos Augusto Marques

Exame

Radiografia periapical completa.

[Signature]
06/11/2020
Dra. Márcia de Freitas Matos
Cirurgião-Dentista
CRO 31689-RJ





410421
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203456	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000032822696		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ESPACO SERVICOS ES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde 706204047874169
13-Nome ANDREIA MACIEL DE LIMA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDREIA MACIEL DE LIMA	

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	

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	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	06/11/20		
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 06/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

003700000328
22696



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DOS AFONSOS

Endereço: Av. Marechal Fontenelle, 1628 - Sulacap - Cidade: Rio de Janeiro UF: RJ
Telefone: (21) 3289-6700

RECEITUÁRIO

Para o Sr (a): Andrela Maciel

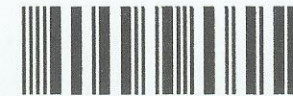
Solicito Rx Panorâmico do paciente supracitado, para fins
odontológicos.

Rio de Janeiro, 05 / 10 / 2020

SANTA BARBOSA VOGEL
TEN DENT AER
CRO - RJ 30242

Cirurgião-Dentista

LIGAR E AGENDAR
HFAG: 2468-5100
HCA: 3501-3100
OASD: 2101-6085
LEVAR CD/DVD VIRGEM



381749
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/09/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193811	7-Data Validade da Senha 22/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 700402477638441
13-Nome HAMINNY DIAS REIS		14-Telefone 19/12/1991	15-Nome do titular do plano HAMINNY DIAS REIS		

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
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

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RMD
(I) 81000375-RME

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	05/11/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	05/11/20		
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 em 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 05/11/20 x Haminy	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/20
--	--	--	---

1000-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Receituário

Hamimny Dias Reis

Solicito RX periapical completa com
bite wings e RX panorâmica para
avaliação dos elementos dentários
e incisivos em suporte.

Dra. Thais P. Fernandes
Cirurgiã-Dentista
CRO RJ - 46523

Rio, 02/09/2022

Avenida Vicente de Carvalho, 909, Bloco 1, Sala:607 - Vila da
Penha, Telefone: 2263-8960



402586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2010	4-Data de Autorização 22/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200915	7-Data Validade da Senha 20/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994063749731	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702100764208993	
13-Nome TANIA CRISTINA SANTOS MOREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TANIA CRISTINA SANTOS MOREIRA		
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 de 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-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	30/10/20		<i>[Assinatura]</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 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 30/10/2010 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2010 <i>[Assinatura]</i>
---------------	--	--	---	---

1000-INSTITUTO DOR DE G
DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

odontoclínica
SAIQUI

Tania Cristina Soares Menezes
Solicito RX PERIAPICAL COMPLETO COM FOLIO
PARA CONSULTA CRÍTICA

mo 21/9/20

Dr. Bruno Tadeu de Aguiar Martins
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 35861

End.: Pça Saiqui, 42 / Cobertura 604
Vila Valqueire - Rio de Janeiro/RJ
Tels.: (21) 3256-7190 | 3256-7187
E-mail: odontosaiqui@gmail.com



402567
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200910	7-Data Validade da Senha 20/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000031550110		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 704809533448342
13-Nome DAVI ABRAHAO LETTIERI DOS SANT		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAVI ABRAHAO LETTIERI DOS SANT		

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 (II) 81000367
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	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no 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-	00810000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	28/10/20		Davi Al. Santos
2-	00810000367	RX MÃO E PUNHO - CARPAL			1	64,00	0,00		S	28/10/20		Davi Al. Santos
3-	00810000278	FOTOGRAFIA			1	22,00	0,00		S	28/10/20		Davi Al. Santos
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 164,00	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, em 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 28/10/2012 Davi Al. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2012
--	--	---	---

ODONTO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Centro de Ortopedia Dento-Facial

COD

Paciente:

Wally Abrão Richetti de Santos

Solicit

1 Rx panorâmica das arcadas dentárias

1 Rx da região e pontos

Fotos Frontal e perfil (Extra-oral)

Fotos oclusal (Intra-oral)

11 Vista oclusal sup e inferior

RS

29 09, 2020

AR

Adia Protzenko Cervante
ORTODONTISTA
Assistente ABOM -
PRO-RJ: 4557

Av. Pres. Vargas, 542 / 1507 - Centro

Tel.: 21 - 2263-6528

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			29/10/20		
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\$

IDBO INSTITUTO

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

RS

48-Total Franque / Co-partici

Impresso da Empresa

DIAGNÓSTICO ORA



Cura Dentale
Odontologia

Marcio Mendes da Silva

Soluto Ruse & panoramias
para Avaliar e planejar o tratamento
odontológico.

Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião - Dentista
CRO RJ 45463

23/10/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



401781
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2010	4-Data de Autorização 23/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7982923	7-Data Validade da Senha 20/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532517500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHELE VIDAL DA SILVA	14-Telefone 20/11/1983	15-Nome do titular do plano MICHELE VIDAL DA SILVA		

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 / 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	29/10/20		<i>Dubli</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 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 29/10/2010 Michele Vidal	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2010
--	--	---	---

IBDO-INSTITUTO DENTAL DIAGNOSTICO ORAL

Dra. Thalyta Braga
Cirurgiã-Dentista
Odontopediatra
CRO 46146

Solicito para paciente Michelle Uidal da Silva

levantamento radiográfico completo...

(Radiografias periapicais de todos os elementos)

para avaliar condições pulpar dos elementos e
condições periodontais.

16 OUT. 2020


Dra. Thalyta Braga
Cirurgiã-Dentista
CRO - RJ 46.146



Praça Saiqui, 40 - Sala 202 - Vila Valqueire
21330-320 - Rio de Janeiro - RJ - Cel.: (21) 98818.3504
E-mail: tbmoraes@gmail.com



403979
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201392	7-Data Validade da Senha 21/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00370000006350642	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704003815581467	
13-Nome ROMULO NUNES COCO		14-Telefone 30/05/1990	15-Nome do titular do plano PAULO CESAR COCO		
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 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRC 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRC 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	30/10/20		
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 30/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Thalyta Braga de Moraes
Cirurgiã-Dentista
CRO 46146

Solicitado para o paciente Romulo Nunes Cocos.

Radiografia panorâmica simples (sem laudo)
para avaliar possíveis alterações ósseas em
reg. de maxila / mandíbula.

23 OUT. 2020

Dra. Thalyta Braga
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 46.146



Praça Saiqui, 40 - Sala 202 - Vila Valqueire
21330-320 - Rio de Janeiro - RJ - Cel.: (21) 98818.3504
E-mail: tbmoraes@gmail.com



394343
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198447	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número de Carteira 00370000016818760		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADEWEST INDUSTRIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707405093657075
---	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome MARCELO DE OLIVEIRA VITTAZ	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO DE OLIVEIRA VITTAZ
---------------------------------------	----------------------	---

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) 81000375-RMD
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RME
--	---------------------------	-------------	-----------------	------------------

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	00910000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00		S	17/10/20		
2	00810000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	17/10/20		
3	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	17/10/20		
4	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	17/10/20		
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 510,00	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 obrigações 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 o 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 13/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Dra. Nádia Aline Felix Maia Cocco
CRO-RJ 33023
Cirurgiã-dentista

Paciente: Nancelo de Oliveira Vitar.

Intna - onais.

periapical completo:

Bite - wing: Direito e Esquerdo.

Extra - onais.

Ramonaica

de Namana

USP / Unicamp.

Documentações
em oclusão.

fotos Intna - onais.

em oclusão: frontal, direito, Esquerdo

visão oclusal: superior, inferior.

fotos Extra - onais.

frontal, frontal sorrindo, perfil direito

perfil Esquerdo.

Modelos:

Modelos em gesso localizados.

Dra. Nádia Aline F.M. Cocco
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ 33023

13/10/2020



403174
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201099	7-Data Validade da Senha 20/10/21
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INTENDENTE LOCAÇÃO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706800242637023
13-Nome SUZANA CERDEIRO DIAS		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano ARLINDO MARTINS DIAS		

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 da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome da Contratada 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-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	29/10/20		
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 obrigações 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 o 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 29/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20
--	--	---	---

1000-INTERCÂMBIO
DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Suzana Cordeiro Dias.

Colúrio Raio X panorâmico
para planejar a Avaliação e tratamento
odontológico.

Dra. Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 44874

29/09/2020

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



411489
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203763	7-Data Validade da Senha 02/02/21
8-Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00379994065306489	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HEFTOS OLEO E GAS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709804047584291	
13-Nome LEONARDO RIBEIRO ALEXANDRE		14-Telefone 09/02/1984	15-Nome do titular do plano LEONARDO RIBEIRO ALEXANDRE		
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	

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			04/11/20		
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 responsabilidade o 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 04/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/20
---------------	--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Odontoclínica do
SORRISO

Leonardo Ribeiro Alexandre

Solicito Radiografia periapical Boca
completa para avaliar restaurações
antigas.

Odontoclínica do
SORRISO

10/11/2020

Drª Amanda Novaes
Cirurgiã Dentista
CRM 37891



408780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202794	7-Data Validade da Senha 28/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário		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 709208240897238
13-Nome JOSUE SILVA REZENDE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSUE SILVA REZENDE		

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		

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
1-0081000294		LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			04/11/20		
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 seguir 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 04/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/20
--	--	---	---

INSTITUTO DENTAL DIAGNÓSTICO ORAL



Jonue Silva Ryzner

Solicito Rx Periapical completa
para avaliação clínica e
ortodôntica.

30/10/2020

Ass. 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



407053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/11 01/2/01	4-Data de Autorização 12/8/11 01/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202242	7-Data Validade da Senha 12/6/10 11/2/11
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

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 702801155286964
13-Nome EBER SILVA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EBER SILVA DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928		24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no 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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			04/11/20		
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 04/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Obv Silve dos Santos

Solicitado Rx Periapical completo
para avaliação clínica e
proteção (divida a presença
de cárie intensa.

28/10/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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



394415
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2010	4-Data de Autorização 13/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198470	7-Data Validade da Senha 11/11/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994063751272		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708409354081270
13-Nome FABIANA LUIZA VICENTE GAMA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIANA LUIZA VICENTE GAMA	

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	

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	16/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

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 16/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/20
--	--	---	---

IDDO-INSTITUTO DENTAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Fabiano Luiz Vicente Gama.

Sediuto Documentação Ortodontica

1. Panorâmica
2. Teloradiografia.
3. Traçado Cefalométrico USP/Unicamp e MC numerada
4. 1 par de modelos Zocalados
- 5 - Fotos extra-oral: frontal, frontal sorrindo e perfil direito.
- 6 - Fotos intra-oral: Frontal, Direito e esquerdo.

08/10/20

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

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



407050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202241	7-Data Validade da Senha 26/01/21
8-Número da Carteira 00879994063748107			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004842907977			13-Nome PATRICIA ALESSANDRA SANTANA DA		
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano PATRICIA ALESSANDRA SANTANA DA		
16-Atendimento a RN 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					

801 -
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-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	03/11/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	03/11/20		
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 03/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20
---------------	--	--	---	---

1000-INSTITUTO DOR DE G
DENTAL DIAGNÓSTICO ORAL



Patrícia Alexandre S. da Silva Bonfácio

Soluto Rr Pensptel Complet para
análise clínica, periodontal e protética

28/10/2020
Ana Carolina G. de Lima
Cirurgiã Dentista
CRO RJ: 27382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

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



Patricia Alessandra S. de Silva Loupacio

Soluto Rx Panorâmico para análise
dos 30 melares.

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã Dentista

CRQ-RJ: 37
28/10/2020

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

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



410186
INTERCÂMBIO

1-Registro/INS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203397	7-Data Validade da Senha 01/02/21
8-Número da Carteira 00379994063750330			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709208294772239					
13-Nome ANDREA DE OLIVEIRA PIRES			14-Telefone 26/07/1977	15-Nome do titular do plano ANDREA DE OLIVEIRA PIRES	
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
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					
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA			27-Número no 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 PANDRÂMICA			1	78,00	0,00		S	09/11/20		
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-Total Valor 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 09/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/20
---------------	--	--	---	---

100-INSTITUTO DOR DE G
DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: *Andrea de Oliveira Pin*

Solicito:

-1) Rx pancreáticas

Motivo: *Avaliação dos elementos
dentários para planejamento
do tratamento odontológico*

[Signature]
Dra Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 144.874

[Signature]
03/11
2023

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



409516
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202990	7-Data Validade da Senha 29/01/21
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000016428032		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 00/00/00	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde 898004663287753
13-Nome MARIA LUIZA LOPES DA SILVA			14-Telefone 02/02/2004	15-Nome do titular do plano ERIC REIS DA SILVA	
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 Envair - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabella	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	09/11/20		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 00/00/00	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 78,00	47-Total R\$ 100,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	--	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/20

100% DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Maria Luiza Lopes da Silva

Solicito

1) Rx panorâmica

Motivo: Avaliação dos elementos
dentários para planejamento
União do Gto Odontológico
(exodontar elementos
Decíduos)

Dra. Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44874

31/10/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463

Plane de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 26/11/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20 [Carimbo]
--	--	--	---

[illegible]



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Guilherme Andrade de Sant'Anna
Solicito Documentação Ortodôntica

- 1) Radiografia Panorâmica
- 2) Telerradiografia
- 3) Traçado cefalométrico USP / Unicamp e Tuxed
- 4) 2 modelos Zocalados (1 par)
- 5) Fotos extra-órais: Frontal, Frontal sorrindo e Perfil direito.
- 6) Fotos intra-órais: Frontal, Direito e Esquerdo

Dr. Felipe De Ferrante
Cirurgião - Dentista
CRO RJ 45463

45/10/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



412456
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204061	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00371118003328004		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ADRIANA AUGUSTO CARDOSO LIBERATO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADRIANA AUGUSTO CARDOSO LIBERATO	
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
21-Código na Operadora / GNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		23-Número no CRO 34928	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928		28-UF RJ	29-Código CBO S
801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (II) 81000421-RIS					

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	11/11/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	11/11/20		
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 92,00	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 condições 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 o profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Maria Luisa Kordash

DENTISTA - CRO 22312 - RJ
CLÍNICA GERAL

Adriana A. Cardoso Liberato

*Pedido de RX panorâmico
com laudo.*

RX periapical (11/21)

Avaliação clínica.

M. Kordash

Dra Maria Luisa Kordash T. Bolzão
Cirurgia - Dentista
CRO/RJ 22312
CPF 008.539.587-95

01/10/2020

Tels.: 55 (21) 2490-2194 / (21) 97166-4969 (98269-4505)
Rua da Chegada, 28 A - Loja I - Recreio
CEP 22795-160 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil