

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



324468
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/06/20	4-Data de Autorização 15/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157593	7-Data Validade da Senha 13/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064279542	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708007518864630
13-Nome ALINE SANTOS DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALINE SANTOS DA SILVA	

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	15/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 15/06/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 15/06/20
--	--	---	--



CRO-RJ 34.583
Especialista em Ortodontia

Alina Soares da Silva

Soluto xX per apical completo.

15/06/20

C
Dra Cristiane Jesus
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO: 34583

Av. Brigadeiro Lima e Silva, 1939 - Sala 306
15 de Agosto - CEP 25071-181 - Duque de Caxias - RJ
Tel: (21) 2653-3342 - E-mail: consultoriocristiane@bol.com.br
Site: www.consultoriocristianejesus.com.br - Facebook: Consultório Cristiane Jesus



32557
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2016	4-Data de Autorização 17/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166641	7-Data Validade da Senha 15/09/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000017557332	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700500551862556
13-Nome DANIELLE SANTOS DE REZENDE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIELLE SANTOS DE REZENDE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	17/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 17/06/20 Danielle S. de Aguiar	53-Data, local e Assinatura da Empresa 17/06/20
---------------	--	--	---	--

Digital RX Radiologia Odontológica
CNPJ: 16.235.755/0001-75
110-3682

Paciente:

Danielle Furti Rezende

Solicito radiografia periapical completa para o paciente acima citado(a), para avaliação de cáries interproximais.

Duque de Caxias, 17 de

fh

de 20

20

Dr. Saulo A. S. Fernandes
Cirurgião Dentista - CRP 01.141.111
Especialista

17/06/20

Av. Marechal Deodoro, 557 – Sala 906. - JD. 25 de Agosto – D. de Caxias – RJ
(Prédio da Receita Federal)

Tels.: (21) 3848 -3083 / 9 8598-0800 / 24h – 9 9936-7887

Site: www.saulofernandes.com / email: contato@saulofernandes.com



316559
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2012	4-Data de Autorização 12/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156926	7-Data Validade da Senha 12/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994060246763	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 704609107123223
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARCIA REJANE DE FREITAS PREGO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIA REJANE DE FREITAS PREGO
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	27-Número no CRO 21704	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	03/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 03/06/20 Marcia Rejane de Freitas Prego	53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/06/20
--	--	--	--

316559
INTERCÂMBIO
755/0001-73



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

Marcus R. de Freitas

Grupo Radiográfica
periapical compact plus
aplicar. cirurg

Dra. Adriana Soares Santi
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 20556

03/06/20.