



401138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 401414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979921	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025316473000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALEXANDRE DE OLIVEIRA CHINA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE DE OLIVEIRA CHINA
--	----------------------	--

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 (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	26/10/20		AK
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 26/10/20 AK	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/20
--	--	--	---

IBDO-INSTITUTO DIGITAL
DIAGNÓSTICO ORAL



Alexandre de Oliveira Chirva

Schiotz Rx panorâmica para
avaliação dos 3º molares e
ortodontia

21/10/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRC - RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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



402997
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201049	7-Data Validade da Senha 20/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065872433	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 706303755229278
13-Nome DANIELE PATROCINIO MONTEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIELE PATROCINIO MONTEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	27/10/20		
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 222,00	47-Valor Total R\$ 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0
---	--	---	----------------------------------	-------------------------	--

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 27/10/20 x Daniele Monteiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
--	--	--	---

1000-INSTITUTO DENTAL 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:

Domell Patriciano Martins

Convênio:

Unimed

Indicação:

Solicito exame Periapical para
analisar possíveis lesões radiculares.

- Periapical completa

Drª Lorena Carvalho
Cirurgiã Dentista
CRO 44379

Drª Lorena Carvalho
Cirurgiã Dentista
CRO 44379

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



367764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188431	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994062852423		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NEW DREAMS COMERC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708903799132319
13-Nome LUIZ OTAVIO DA COSTA ARAUJO FI			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ OTAVIO DA COSTA ARAUJO FI	

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

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	27/10/20		
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 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 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 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
--	--	---	---

DDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Luiz Otávio da Costa Araújo Filho.

Soluto Rx Periapical Completo.

para avaliação de cários

interrupções, restaurações disadaptables,
e posicionamento dos 30 pontos.

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382
01/09/2020

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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



402992
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10/20	4-Data de Autorização 12/3/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201048	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065849105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa M DOS ANJOS DE SOU	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700005984989209
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome SIDNEY FERREIRA OPALKA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS MARTINS BARBOZA OPALKA
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	27/10/20		
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 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
--	--	---	---

INSTITUTO DENTAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Sidney Ferreira Opalwa

Solicitado

1) Rx panorâmica

Motivo: Avaliação dos elementos dentários
para planejamento do tratamento
odontológico

22/10/2020
Dra Ana Carolina Santos
Cirurgia Dentista
CRO/RJ 44.874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



399979
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200291	7-Data Validade da Senha 18/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000011009970	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IBBCA CRP 25760	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 701806293921173
---	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome CAUA ALMEIDA TUPINAMBA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANA ALMEIDA TUPINAMBA
-----------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome 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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	26/10/20		
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 em 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 26/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/20
--	--	---	---

1000-INSTÍTUO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Solicitação de Exames

NOME: Lauro Almeida Tupinamba

Radiografia:

Solista

Radiografia Panorâmica

Ind: para fins odontológicos

Rio de Janeiro: 19/09/20

Juliana Alves
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 42927

Juliana Alves
Dentista

Rua das Rosas, 37, sala 207
Praça do Valqueire - Vila Valqueire
Rio de Janeiro - RJ

Rua Voluntários da Pátria, 190
sala 1014 - Botafogo
Rio de Janeiro - RJ



402989
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10/20	4-Data de Autorização 12/3/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201047	7-Data Validade da Senha 12/01/11/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00379994065849083	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa M DOS ANJOS DE SOU	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702302196585317	

13-Nome THAIS MARTINS BARBOZA OPALKA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS MARTINS BARBOZA OPALKA
---	----------------------	---

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			27/10/20		
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 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
--	--	---	---

IDDO-INSTITUTO DENTAR DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Thais Martins Barboza Otálka.

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

22/10/20


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



381759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 23/09/20	3-Data de Autorização 24/09/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50193814	6-Data Validade da Senha 22/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000004976137		9-Plano FOS REDE PRESTADORA	10-Empresa GMA ENGENHARIA E P	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004681311792
13-Nome PAULO HENRIQUE RIBEIRO DUARTE		14-Telefone 20/04/2000	15-Data de Nascimento () / () / ()	16-Nome do titular do plano ANA LUCIA REIS RIBEIRO	

17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante	19-Número no CRO 34928	20-UF RJ	21-Código CBO S 09	22-801 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	24-Nome do Contrato Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	25-Número no CRO 34928	26-UF RJ	27-Código CNES	28-Enviar - RX (1) 81000405
29-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		30-Número no CRO 34928	31-UF RJ	32-Código CBO S	

33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Dente-Região	38-Face	39-Qtd	40-Quantidade US	41-Valor	42-Franquia/Co-participação RS	43-38-Aut	44-40-Data de Realização	45-41-Motivo da Glosa	46-42-Assinatura
	1-0081000405		RADIOGRAFIA PANDRÂMICA			1	78,00	0,00			25/09/20		Paulo Henrique Ribeiro Duarte
	2-												
	3-												
	4-												
	5-												
	6-												
	7-												
	8-												
	9-												
	10-												
	11-												
	12-												
	13-												
	14-												
	15-												

47-Data Previsão, Término do Tratamento / /	48-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	49-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	50-Total Quantidade US 78,00	51-Valor Total R\$ 0,00	52-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

53-Observação	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20	57-Data, local e Carimbo da Empresa 25/09/20
---------------	--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Camila Duarte Freire

Cirurgiã Dentista | CRO-RJ 40.211

Clínico Geral | Ortodontia

DTM | Harmonização Orofacial

Paulo Henrique Ribeiro Duarte

Solicitou exames:

- ① Panorâmica com laudo (2 cópias)
- ② Cephalometria de perfil com tracado de ticks
- ③ Fotos extra-órais: frente sério, frente sorrindo, perfil direito
- ④ Fotos intra-órais: oclusão frontal, direita e esquerda, oclusal superior e inferior.
- ⑤ Modelos de gesso apicalados com finalização de tratamento ortodôntico

RJ, 20/08/20

Dr. Camila Duarte Freire
Cirurgiã - Dentista
Ortodontista
CRO-RJ 40.211

☎ (21) 99166-4093

📍 Rua Arquias Cordeiro, 324 - Sala 604 - Meier

📍 CEP 20770-000 - Rio de Janeiro - RJ

✉ camiladuarteFreire@hotmail.com



401410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200729	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994064184835		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BELLA EDUCACAO TREINAMENTO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700001130530706
13-Nome TATILA PINTO DOS SANTOS		14-Telefone 07/08/1990	15-Nome do titular do plano TATILA PINTO DOS SANTOS		

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 (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-Matéria da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	21/10/20		
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 21/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Tática Ponto de Santo

Solicitado Rx Panorâmica para
análise clínica e posição
dos 3º molares.

21/40120
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382

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

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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



402863
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201010	7-Data Validade da Senha 20/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994063748557	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 980016296182959	
13-Nome JULIANA DO NASCIMENTO LOPES		14-Telefone 07/02/1985	15-Nome do Titular do plano JULIANA DO NASCIMENTO LOPES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / GPF 0807905777	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 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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	23/10/20		
2-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	23/10/20		
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\$ 1000,00	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 23/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20

1000-INST. DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Anna Paula Gonçalves
CRO RJ 20018

Juliana do Nascimento Lopes

Solicito radiografia periapical completa de ambas as arcadas e radiografia panorâmica.

Rio de Janeiro, 16 de outubro de 2020.

Anna Paula Gonçalves
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ 20018

Anna Paula Gonçalves
CRO RJ 20018



401194
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200669	7-Data Validade da Senha 19/01/21
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0037994063749936	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702801629214667	
13-Nome JOSE NASARENO DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE NASARENO DE OLIVEIRA		
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 (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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	28/10/20		
2-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	28/10/20		
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 300,00	47-Valor Total 1000-INSTITUTO DOR DE G 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 28/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20

DIAGNÓSTICO ORAL



Jon Mosaruna de Oliveira .
Solicit. Rx Periapical completa .
para avaliação periapical e
clínica .

21/10/20
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRC-RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

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



fori nasano da clivie .

Solicitô Pomerôrice . por araiseô
do posicronento anterior e
3^o molars .

21/10/20
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRC-RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

f Odonto Fields

21 3936-1003

@odontofields

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



387483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/20	4-Data de Autorização 02/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196256	7-Data Validade da Senha 30/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063749928	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898000613551917
13-Nome NELSON FERNANDES MARTINS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NELSON FERNANDES MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome 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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			23/10/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			23/10/20		
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 300,00	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 23/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20
--	--	---	---

ODONTOLOGIA
CITAÇÃO DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente.

Nelson Fernando Martins

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

29/09/20


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



Cura Dentale
Odontologia

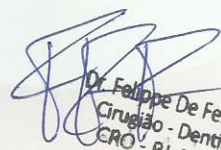
Paciente:

Nelson Fernando Mortimer

Solicito periapical completo.

Paciente possui muitos dentes com
suspeita e possibilidades de tratamento
endodôntico. e o exame é fundamental
para planejar o melhor tratamento.

29/09/20


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

397945
INTERCÂMBIO

[illegible][illegible]

Valor Total R\$ 0,00

48-Total Frangue / Co-participa

1000- Instituto Digital Diagnóstico Oral

53-Dados, local e Carimbo da Empresa

12/3/11 0 11 29



Leani de Mendonça Taveus

Solicitado Rx panorâmica para avaliação
clínica e periodontal.

16/10/2020
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

ENTO O

Impresa
UB MUNIC

telefone
11) L

18-Número
34928

23-Nu
349

27-Número
34928

Quantidade U

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17

17



401779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7982633	7-Data Validade da Senha 20/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANNAJULYA FERNANDES SANTOS MARINHO	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano DEBORA FERNANDES DE LIMA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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 do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	22/10/20		
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 22/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/20
--	--	---	---

DIAGNÓSTICO ORAL

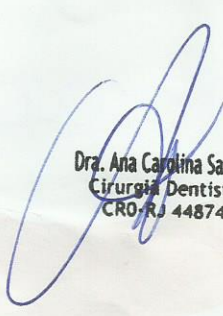


Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Anna Julia Fernandez
Santos Marinho

Solicitado Raio X panoramico
para Avaliar e planejar o tratamento
odontologico

20/10/20


Dra. Ana Carolina Santos
Cirurgia Dentista
CRO-RJ 44874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



396133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199038	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000028985160		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RAISA RAMOS DE ALM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702905501712876
13-Nome RAISA RAMOS DE ALMEIDA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAISA RAMOS DE ALMEIDA	

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número na CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA			27-Número na CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 222,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

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

IDDO-INSTITUTO
AGNÓSTICO ORAL



Leisa Romo de Almeida

Solicito Rx Periapical Completo para
avaliação clínica e radiol.

14/10/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382

[Handwritten signature]

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

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



393446
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198162	7-Data Validade da Senha 07/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994062857166		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSIS RODRIGUES RE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706701512679817
---	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome GILMARA DE ASSIS RODRIGUES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILMARA DE ASSIS RODRIGUES
---------------------------------------	----------------------	---

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 () 81000405
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	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	19/10/20		
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 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 19/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/20
--	--	---	---

IDDO INSTITUTO DENTAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: *Gilmara de Assis Rodrigues*
Solicitante:

1) Rx panorâmico

Motivo: Avaliação dos elementos
dentários para planejamento
do tratamento odontológico

Dra Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 44.874

04/10/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



393450
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2010	4-Data de Autorização 09/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198163	7-Data Validade da Senha 07/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00379994062857182	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSIS RODRIGUES RE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708608110122390	
13-Nome GIULIA DE ASSIS RODRIGUES MEND		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILMARA DE ASSIS RODRIGUES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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-	00181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	19/10/2010		
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 arcar com 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 19/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/2010
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cyra Dentale
Odontologia

Paciente: *Giulia de Assis Rodrigues*
Solicit

Rx panorâmico

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

09/10/2020
Dra Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 44.874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



393453
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198165	7-Data Validade da Senha 07/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994062857174		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSIS RODRIGUES RE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706306792742075
13-Nome JOAO VICTOR DE ASSIS BARBOSA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILMARA DE ASSIS RODRIGUES	

16-Atendimento e 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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			19/10/20		CR
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 19/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: *João Victor de Assis Barbosa*

Solicito:

1º R panorâmico

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

[Signature]
Dra Ana Carolina Santos
Cirurgia Dentista
CRO/RJ 44.874

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463

09/10/20



396583
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199172	7-Data Validade da Senha 13/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PAMELA BAUMGARTEN	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706800241571622
-----------------------	--	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome BRUNO CESAR OLIVEIRA DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAMELA BAUMGARTEN 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 Enviar - RX (I) 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		S	20/10/2020		
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	20/10/2020		
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 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	------------------------	---

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

49-Observação

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

INSTITUTO DENTAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dra. Tuana Fernanda Peixoto De Souza

Cirurgiã-Dentista | CRO-RJ 28.807

Clínica Geral | Ortodontia



Bruno Cesar Oliveira Matos

Solicitado:

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA

- PERIAPICAL COMPLETO

COM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO

PERIODONTAL

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

15/10/2020

📍 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



386698
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/09/20	4-Data de Autorização 01/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196031	7-Data Validade da Senha 29/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 703208666219499
-----------------------	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome CASSIA SANTOS DO NASCIMENTO GO	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 06/06/1977	16-Data Validade da Carteira / /	17-Nome do titular do plano CASSIA SANTOS DO NASCIMENTO GO
---	----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código da Operadora / GNPJ / GPF 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	06/10/20		
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 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 06/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/20
--	--	---	---

DDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Salutar
CENTRO MÉDICO
Instituto Salutar de Apoio à Saúde
Saúde e Qualidade de Vida

Cassia Santos do N. Gomes

Solicito exame radiográfico do tipo
periapical completa para avaliação endodôntica,
protética e periodontal.

ps. 28.09.2020

Tamiris Monteiro
Cirurgiã-Dentista
CRO/RJ: 44178

Rua: Aristides Caire, 158u - Méier - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 2501-6348 / Telfax: 2241-7344
E-mail: salutar@globo.com
Insc. Munic: 0169810-9 CNPJ: 97.369.391.0001/58



378733
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193001	7-Data Validade da Senha 18/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

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 701205078981714
-----------------------	--	--------------------------------	--	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome RODRIGO LORDELO BEZERRA DOS SA	14-Telefone 18/01/1993	15-Nome do titular do plano RODRIGO LORDELO BEZERRA DOS SA
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00		S	23/09/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 23/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/09/2012
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Rodrigo Loedelo Bezerra dos Santos

Solicito:

- 1) Radiografia Panorâmica
- 2) Telerradiografia
- 3) Traçado cefalométrico USP/Unicamp e Tweed
- 4) 2 modelos localizados
- 5) Fotos extra-órais: Frontal, Frontal sorriso e Perfil direito
- 6) Fotos intra-órais: Frontal, Direito e esquerdo

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

19/09/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



382803
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194209	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994063751361		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704708723857839
13-Nome LUCIANA MARIA DA SILVA			14-Telefone 27/04/1981	15-Nome do titular do plano LUCIANA MARIA 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 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	06/10/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	06/10/20		
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 05/10/2012, Luciana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2012
--	--	--	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Luciane Maria da Silva

Solicitado:

1 Rx panorâmica.

Motivo: Avaliação dos elementos dentais
para planejamento do tratamento
odontológico.

Dra Ana Carolina ~~Carvalho~~
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 44874

24/09/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Luciane Maria da Silva

Solicito:

1) Rx Periapical completo

Motivo: Avaliação dos elementos dentários
para planejamento do trata-
mento odontológico.

Elementos com cárie extensa
possível tratamento endodôntico

Dra. Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 44.874

24/09/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



386302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/09/2010	4-Data de Autorização 01/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195885	7-Data Validade da Senha 29/12/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00375942095677006	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 700901994262495	
13-Nome IONE CALIXTO DA SILVA		14-Telefone 16/05/1934	15-Nome do titular do plano IONE CALIXTO 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 / QPP 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-QM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 78,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/20

IDDO-INSTITUTO DIGITAL
DIAGNÓSTICO ORAL

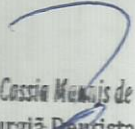
021 DENTAL

Nome completo: Ione Calixto da Silva.

Solicito exame radiológicos abaixo:

RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA) – ASAI

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


Dra. Rita de Cassia Muniz de Freitas
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 43398

Rio de Janeiro 24 / 09/ 2020.

021 Dental- Unidade Madureira- 2263-8960

Rua Soares Caldeira , 142 sala 206



368136
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188614	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000009084170		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LANCHES DO GAUCHO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708701186052698
--	--	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LEONIR PAULO CARLESSO	14-Telefone 03/03/1969	15-Nome do titular do plano LEONIR PAULO CARLESSO
----------------------------------	---------------------------	--

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 / GPF 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			01/10/20		
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 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 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 01/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Leonir Paulo Corlesso.

Soluções Rx Periapical Completo
para avaliação clínica fundo cava.
Ata proxima e pode ser usada

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

01/09/2020

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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



369457
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189093	7-Data Validade da Senha 02/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994063750667		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702406313958230
---	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SEBASTIAO EDUARDO 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 Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00811000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	29/09/20		
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 29/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Cura Dentale
Odontologia

Paciente: Sebastião Eduardo da Silva

Solicito:

1) Rx panorâmica

Motivo: Avaliação dos elementos dentários para planejamento do tratamento odontológico

Dra Ana Carolina Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44874

03/09/20

Praça Valqueire, 27, sala 201 - Vila Valqueire

☎ (21) 99232-3311 ☎ (21) 3269-4892

Responsável técnico: CRO/RJ 45463



381163
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 50193611	7-Data Validade da Senha 21/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065582907	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 706707568271614
13-Nome CARLA PEDREIRA REIS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLA PEDREIRA 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	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	29/09/20		CRB
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\$ 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 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 29/09/20 CRB	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/20
--	--	---	---

ODONTO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Dr. Caio Marcelo L. Ferreira & Equipe

20 Anos Implantando Sorrisos



VIPDENT

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

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: *Carla Regina Ruiz*

Convênio: *Unimed*

Indicação: *Solicito exame Radiográfico completo
para planejamento*

Rio, 22/09/2020
Dr. Lorena Carvalho
Cirurgiã Dentista
CRO 44379

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

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

WWW.CLINICAVIPDENT.COM.BR | @vipdentclinica | Vipdent Odontologia



367293
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 31/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188199	7-Data Validade da Senha 29/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065174809	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 70680678850029
13-Nome CRISTIANE JULIAO DE ARAUJO		14-Telefone 10/05/1969	15-Nome do titular do plano CRISTIANE JULIAO DE ARAUJO	

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 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	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME
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	29/09/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	29/09/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	29/09/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 250,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/20
--	--	---	---

400-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Vanessa Zaleski

Vanessa Zaleski
Cirurgiã-dentista
CRO/RJ 41127

Cristiane de Araújo

**Solicito levantamento radiográfico periapical e interproximal completo para
complementação de avaliação clínica.**

Vanessa Zaleski

Vanessa Zaleski
Cirurgiã-Dentista
CRO/RJ 41127
31/08/20

Avenida Evandro Lins e Silva, 840, sala 221

Barra da Tijuca – Rio de Janeiro

Telefones: (21) 2135-3082/ (51) 99239-7213 (WhatsApp)



394353
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 50198451	7-Data Validade da Senha 11/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000016818779	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADEWEST INDUSTRIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702901512526579	
13-Nome MICHELE MORAES VITTAZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO DE OLIVEIRA VITTAZ		
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
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número na CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405	Enviar - RX
26-Nome de Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número na CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000405

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	12/10/20		
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 12/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/20
--	--	---	---

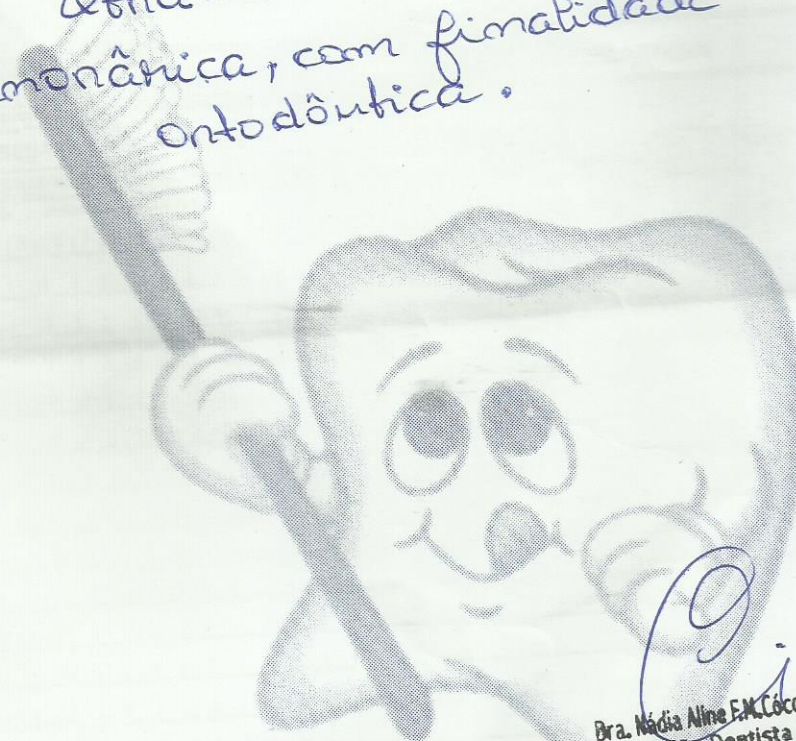
1000 INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
Dra. Nádia Aline Felix Maia Cêco
CRO-RJ 33023
Cirurgiã-dentista

Paciente: Richele Vitta.

Extra-onais.

Pamonônica, com finalidade
odontológica.



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

13/10/2020


375789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 16/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191534	7-Data Validação da Senha 14/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 00375851210453856		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 705604436036111
---	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome CLAUDIA MOREIRA DE CARVALHO	14-Telefone 04/04/1969	15-Nome do titular do plano NEUSIMERI MOREIRA DE CARVALHO
--	---------------------------	--

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 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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	16/10/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2019
--	--	---	---

IDDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Claudia Horina de Carvalho

Solicito a fôrma para
arbitragem protética, devido a
pode esse e iminente ausência

Favor mandar impresso o fr.

15/09/2020

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

du

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

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



375791
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191536	7-Data Validade da Senha 14/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00375851210453856		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 705604436036111
13-Nome CLAUDIA MOREIRA DE CARVALHO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NEUSIMERI MOREIRA DE CARVALHO	

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 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	10/10/20		
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 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 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 16/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2012
--	--	---	---

ODONTO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Claudio Horacio de Carvalho

Solicitado Rx periapical completo para
análise periodontal, devido
a perda óssea generalizada e
mobilidade presente.

Favor mandar impresso o Rx

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

Ana Carolina

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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



396130
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199036	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00379994063748433	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706804739921827
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome WANDERSON PEREIRA LOPES BARBOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WANDERSON PEREIRA LOPES BARBOS
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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	81000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	16/10/20		
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 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 16/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/20
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Wanderson Leina Lopes Barbosa -

Solicit. Rx Periapical Completo
devido a perda óssea generalizada
e sangramento espontâneo

14/10/2020
Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRD - RJ: 37382

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

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





394493
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 50198501	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000032213517	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALACORO - NOVO COD	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704808005977646
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LORIMAR COSTA OLIVEIRA	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 18/06/1977	16-Nome do titular do plano LORIMAR COSTA OLIVEIRA
-----------------------------------	----------------------	-------------------------------------	---

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	15/10/20		
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 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 obrigações de pagamento de acordo com o 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.

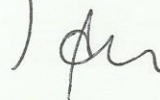
49-Observação

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 15/10/20 x	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20
--	--	---	---

IMPRESSÃO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Leimar Costa Oliveira

Solicitado Rx Periapical completa para
avaliar inúmeros canais e curvas
presentes.



Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37882

13/10/2020

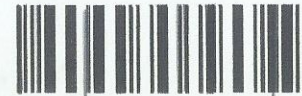
21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

Odonto Fields

@odontofields

Praça Salgueiro, 40 - salas 201 e 203 - Vila Velha - RJ



381523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 24/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193733	7-Data Validade da Senha 22/11/2012
8-Endereço da Clínica 0039994058474967			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 700002826100201					
13-Nome do Beneficiário GABRIEL OTONI CALHAU MARTINS			14-Telefone 08/10/1984	15-Nome do titular do plano GABRIEL OTONI CALHAU MARTINS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 34928	19-UF RJ
20-Código CBO S 09		21-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento		701 - Faturar Empresa	
22-Código Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		23-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928		28-UF RJ	29-Código CBO S

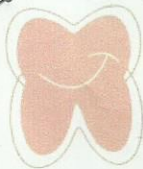
30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	29/09/20		
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	29/09/20		
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-Total R\$ 1000,00	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 29/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/2012

1000-INSTITUTO DENTAL DIAGNÓSTICO ORAL



Dra Thamirys Lorena Oliveira
— CIRURGIÃ DENTISTA —

Gabriel Ottoni Martins.

Solicito cirurgia completa + peroneômica
para fins odontológicos.

11/09/20

Dra Thamirys Lorena Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 48755

☎ 21 96452-7633

Rua Dias da Cruz, 155 Sala 206
Meier - RJ