

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



428137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208691	7-Data Validade da Senha 24/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063748212	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700409946012740
13-Nome ANDRE SILVA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRE SILVA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	26/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo à 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 26/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Andre S. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Cristiane Jesus
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 34.583
Especialista em Ortodontia

André Silva dos Santos

Soluto de primeiro completo

26/01/20
Dra. Cristiane Jesus
CIRURGI
CRL
DENTISTA

Av. Brigadeiro Lima e Silva, 1939 - Sala 306
25 de Agosto - CEP 25071-181 - Duque de Caxias - RJ
Tel: (21) 2655-3342 - E-mail: consultoriocristiane@bol.com.br
Site: www.consultoriocristianejesus.com.br - Facebook: Consultório Cristiane Jesus

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-4

2-Nº



416969
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205415	7-Data Validade da Senha 09/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 700008222088909
13-Nome NORMANDA DE SOUZA PEREIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JORGE DAMASCENO PEREIRA	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	24/11/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	24/11/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/20
---	---	---	---



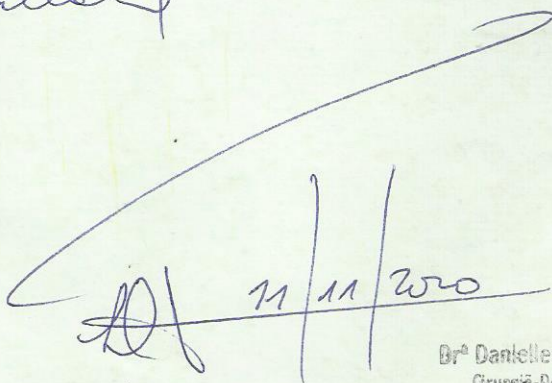
Clínica Odontológica DKA

CRO - RJ : 2790



Normando de L. F. Pereira

Encaminhado a paciente para
tomada periapical completa
para análise periodontal e
endodôntica. E tomada panorâmica
para análise dos raios.

 11/11/2020

Drª Danielle Sanches
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 25693

Avenida Marechal Deodoro, 557
Sala 710 | Jardim Vinte e Cinco de Agosto | 25071-190 | Duque de Caxias/RJ
☎ (21) 96469-0351 | (21) 3842-8426
dkasanches@hotmail.com



420614
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206644	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065716598	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 702000873648081
13-Nome FABIANO DOS SANTOS SANTANA		14-Telefone 26/01/1982	15-Nome do titular do plano FABIANO DOS SANTOS SANTANA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Q'd	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	22200	000		S	18/11/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 22200	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	---------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2020 Fabiano dos Santos Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Paciente:

Fabiano dos Santos Santana

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

Duque de Caxias, 18 de novembro de 2020

Dr. Saulo A. S. Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRD - RJ 24.120

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

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

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



412883
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204183	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 706801722158723	
8-Número da Carteira 00379994064070880				13-Nome RAMON FERREIRA CLEMENTE		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RAMON FERREIRA CLEMENTE	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0091000100	DOCUMENTACAO	RAI		1	313,00	0,00		S	05/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 313,00	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 05/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/20
--	---	---	---

CLÍNICA DENTÁRIA CONDE DE PORTO ALEGRE
RUA CONDE DE PORTO ALEGRE, Nº 548 – DUQUE DE CAXIAS
TEL.: 2672-0800 / 2653-2575 / 99497-6920

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COM CD

Para: Ramon Ferreira Clemente

- Raios-X panorâmico;
- Telerradiografia de perfil com traçados padrão USP / RICKETTS
- Modelo de gesso de estudo zocalado com acabamento e sem polimento;
- Fotos extra-orais (frente / perfil direito / sorrindo)
Intra-orais (frontal / lateral direita / lateral esquerda)
Oclusal (superior / inferior)
- Laudo radiográfico.

OBS. FAVOR COLOCAR O NOME DO DENTISTA NA DOCUMENTAÇÃO

Dr. ODUVALDO CARDOSO SOARES JUNIOR

E-MAIL: ccpalegre@yahoo.com.br

SITE: www.ccpalegre.com.br

Handwritten signature and stamp:
Oduvaldo C. Soares Jr.
Clínica Dental Ortodontia
CRO-RS 1144
05/11/20



411037
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203591	7-Data Validação da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065522823	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700507951457957
13-Nome THAIS CRISTINA LIMA VIEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS CRISTINA LIMA VIEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	05/11/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	05/11/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	05/11/20		
4-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	05/11/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 328,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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



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

Thais Cristine Lima Vieira

Indicada para radiografias periapical
completo para avaliação clínica com
complementação bit-wing + Rx
panorâmico para visualização dos
Sisos.

Drª. Juliana Medeiros
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ/47.425

08/10/2020

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

21-72

71366

2-Nº



408138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202567	7-Data Validade da Senha 27/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065819290	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 700200986868429
13-Nome THAIS ROSA RAMOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS ROSA RAMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	DSB		1	78,00	0,00		S	05/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Thais Rosa Ramos

Solicito um RX panorâmico
para avaliar melhor as
estruturas dentárias.

26/10/20

Dr. Thelany M. Campos
Cirurgiã Dentista
CRD - RJ 46.173



403583
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201233	7-Data Validade da Senha 21/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

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 702601757206448
8-Número da Carteira 00379994061878003		13-Nome DIEGO PRACA FERNANDES		14-Telefone () -	
		23/02/1987		15-Nome do titular do plano DIEGO PRACA FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793		22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	
		27-Número no CRO 21704	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	23/10/2012		
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 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 / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



Dra Cristina Célia Tolomei Conde Folly

Cirurgiã Dentista - CRO-RJ 17841/5

Especialista em : Prótese Dentária - Implantodontia

DIEGO PRAÇA FERNANDES

Indicação de Rx:

① Periapical completa.

com
laudo

Pro

08/10/20

Cristina Célia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO: 17841/5



396742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/01/20	4-Data de Autorização 15/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199345	7-Data Validade da Senha 13/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994064236223	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 706401128387581	
13-Nome THAIS CARVALHO DA FONSECA SANT		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS CARVALHO DA FONSECA SANT		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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 Ose	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S			
2-	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00		S			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 482,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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



CLÍNICA EQUIPE ODONTO

CNPJ 23.880.965.0001/11

RESP. TÉCNICA ADRIANA N GUERRA (CRO-RJ 25469)

PACIENTE:

Haís Carvalho

SOLICITO PARA AVALIAÇÃO ORTODÔNTICA, OS SEGUINTE EXAMES:

- 1- PANORÂMICA
- 2- TELERADIOGRAFIA DE PERFIL COM TRAÇADO USP
- 3- MODELOS ZOOCALADOS
- 4- FOTOGRAFIAS INTRA ORAIS- FRENTE, PERFIL DIREITO E PERFIL ESQUERDO
- 5- FOTOGRAFIAS EXTRA ORAIS- FRENTE SORRINDO, PERFIL DIREITO E PERFIL ESQUERDO
- 6- FOTOGRAFIAS OCLUSAIS-SUPERIOR E INFERIOR

7 - Periapical completo

Dr. Adriano Soares Sant
CRO-RJ: 20556

15/10/20



408848
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 0 / 1 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 1 0 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202812	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 1 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 7 2 5 2 3 6	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 705003659291752	
13-Nome JAKCILANE DE BRITO ROSA		14-Telefone 06/05/1993 () -	15-Nome do titular do plano JAKCILANE DE BRITO ROSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 3 9 3 7 3 9 7 9 3	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0	0 0 0		S	30/10/20		for
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 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

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



CLÍNICA DENTÁRIA CONDE DE PORTO ALEGRE

CNPJ: 03 299 663/0001-47

RUA CONDE DE PORTO ALEGRE 548 - 25 DE AGOSTO - DUQUE DE CAXIAS - RJ

TELEFONES: (21) 2672-0800 / 2653- 2575 / 99497-6920

RECEITUÁRIO ODONTOLÓGICO

PACIENTE: JAKCILANE DE BRITO ROSA

DATA: 27/10/2020

SOLICITO A RADIOGRAFIA:

() PERIAPICAL COMPLETA COM COM LAUDO, PARA MELHOR AVALIAÇÃO DAS ESTRUTURAS DENTÁRIAS DOS ELEMENTOS DENTÁRIOS:

() COM BITE WING

(X) PANORÂMICA COM LAUDO, PARA MELHOR AVALIAÇÃO DOS SISOS.

() TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE-BEAM (DENTALSlice): _____

Dr. Dailane Cunha
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ 44690

DAILANE DA CUNHA / CRO: 44690

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

19-20

2-Nº



417510
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 1 2 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205581	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 2 3 6 2 0 0 0 3 2 9 0 9 9	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SICREDI RIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709803037149796
13-Nome CLAUDIO DA SILVA PAIVA 20/10/1977		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAROLINE CRISTINA FIALHO PINHE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 3 9 3 7 3 9 7 9 3	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO	DSN3		1	2 2 2 0 0	0,00		S	14/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 2 2 0 0	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 14/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Clinica Odontológica DKA

CRO - RJ : 2790



Cláudio de Jesus Peixoto

Encaminho o paciente para

tomada periapical da furca,

para análise periodontal

12/11/2020

Dr. Danielle Sanches
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 25893



Avenida Marechal Deodoro, 557
Sala 710 | Jardim Vinte e Cinco de Agosto | 25071-190 | Duque de Caxias/RJ
(21) 96469-0351 | (21) 3842-8426
dkasanches@hotmail.com



408911
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202833	7-Data Validação da Senha 2 8 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 4 0 6 4 5 0 0 0 7 9	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALVIDA CONSULTO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005803654177
13-Nome EMANUELY LOPES PEREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SUZANA PEREIRA DE MENEZES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 3 9 3 7 3 9 7 9 3	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	---

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

49-Observação

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



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

Emanuely Lopes Pereira

Solicito Rx Panorâmico

Por motivo cirurgico

Dra. Adriana Neves Guerra
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 25.469

30/10/2020

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



411311
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203697	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GRANIHC SERVICES S		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700205443043520	
13-Nome GILBERTO DE OLIVEIRA PINHEIRO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GILBERTO DE OLIVEIRA PINHEIRO			

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

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	DS1		1	222,00	0,00		S	11/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

POLIÖDONTÔ

Gilberto de Oliveira Pinheiro

Solicito RX periapical completo
para avaliação e diagnóstico

Dra. Mariana Marques
Cirurgiã-Dentista
CRO RJ 41811

04/11/11

Rua André Rebouças, 50 - Sala 301 -
Centro - Duque de Caxias



21.2671-5144

21.2671-7854



21.98840-3157

poliodontocaxias@globo.com



396742
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 50199345	7-Data Validade da Senha 13/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064236223	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 706401128387581
13-Nome THAIS CARVALHO DA FONSECA SANT		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS CARVALHO DA FONSECA SANT	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S			
2-	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00		S			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 482,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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



CLÍNICA EQUIPE ODONTO

CNPJ 23.880.965.0001/11

RESP. TÉCNICA ADRIANA N GUERRA (CRO-RJ 25469)

PACIENTE:

Haís Carvalho

SOLICITO PARA AVALIAÇÃO ORTODÔNTICA, OS SEGUINTE EXAMES:

- 1- PANORÂMICA
- 2- TELERADIOGRAFIA DE PERFIL COM TRAÇADO USP
- 3- MODELOS ZOOCALADOS
- 4- FOTOGRAFIAS INTRA ORAIS- FRENTE, PERFIL DIREITO E PERFIL ESQUERDO
- 5- FOTOGRAFIAS EXTRA ORAIS- FRENTE SORRINDO, PERFIL DIREITO E PERFIL ESQUERDO
- 6- FOTOGRAFIAS OCLUSAIS-SUPERIOR E INFERIOR

7- Periapical Impacto

Dr. Adriano Soares Sam
Cirurgia-Dentista
CRO-RJ: 20556

15/10/16



412865
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204179	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 700000982887102
13-Nome JOSE LUIZ FERREIRA JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE LUIZ FERREIRA JUNIOR		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793		22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA			
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	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	05/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

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



Cristiane Jesus

Cirurgiã Dentista

CRC RJ 34.583

Especialista em Ortodontia

Por Luiz Ferreira Junior

debito RX perioral completo.

29/06/20

Dra Cristiane Jesus

CIRURGIÃ DENTISTA

CRC RJ 34.583

Av. Brigadeiro Lima e Silva, 1939 - Sala 306

25 de Agosto - CEP 25071-181 - Duque de Caxias - RJ

Tel: (21) 2653-3342 - E-mail: consultoriocristiane@bol.com.br

Site: www.consultoriocristianejesus.com.br - Facebook: Consultório Cristiane Jesus



440852
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8145475	7-Data Validação da Senha 15/10/13/12/1
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532909700001102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACTIVE DO BRASIL INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUELY REIS DA MOTTA		14-Telefone 10/06/1958 (11) 3252-0096	15-Nome do titular do plano ILSON DE OLIVEIRA PIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.	18-Número no CRO 21704	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793	22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA	23-Número no CRO 21704	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	16/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/20, Rf/He	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Grça
do Sorriso



Paciente: Suelly Reis da Oletta

Solicito Radiografia Panorâmica

avaliação clínica.

10/12/201

Dr. Paulo José S. da Silva
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ: 42539

CRO-RJ 38274

Rua Nunes Alves, n.º 13 - Sala 326 - Centro - Duque de Caxias - RJ - CEP: 25.020-085
Tel.: 3143-3490 - e-mail: gracadosorriso@yahoo.com.br



441648
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autorização 16/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8149078	7-Data Validade da Senha 16/03/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 100202532909700001102	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa ACTIVE DO BRASIL INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SUELY REIS DA MOTTA	14-Telefone 10/06/1958
15-Nome do titular do plano ILSON DE OLIVEIRA PIO	

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

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	DSOL		1	22200	0,00			16/12/20		
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 22200	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 16/12/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

P.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Graca
do Sorriso



Paciente: Suelly Reis de Fátima

Solicito radiografia periapical completa

Análise de Canal.

16/12/20

Dr. Paulo José S. da Silva
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ: 42539

CRO-RJ 38274

Rua Nunes Alves, n.º 13 - Sala 326 - Centro - Duque de Caxias - RJ - CEP: 25.020-085
Tel.: 3143-3490 - e-mail: gracadosorriso@yahoo.com.br



431747
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210149	7-Data Validade da Senha 01/10/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994058791466	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 700009276406004
13-Nome MATHEUS DE SA FANTICELLE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MATHEUS DE SA FANTICELLE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	P503		1	78,00	0,00			01/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico	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 01/12/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



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

Matheus de F

Solicitado para avaliação
para avaliação clínica

21/12/20
Dra. Adriana Soares Sant
Cirurgiã Dentista
CRO RJ: 20556



431266
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50209977	7-Data Validade da Senha 01/10/13
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MORETTI TREINAMENT		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704803063026743	
8-Número da Carteira 00370000014070963		13-Nome LETICIA DA SILVA SOUZA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUCIANO MORETTI DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL RX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA.		18-Número no CRO 21704		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02393739793		22-Nome do Contratado Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		23-Número no CRO 21704		24-UF RJ		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000405			
26-Nome do Profissional Executante NELSON PARANHOS FRANCA DA CUNHA		27-Número no CRO 21704		28-UF RJ		29-Código CBO S				(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME			

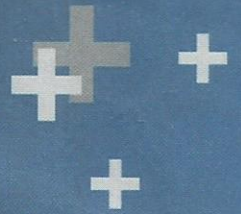
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00	0,00	S	01/12/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00	0,00	S	01/12/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00	0,00	S	01/12/20		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00	0,00	S	01/12/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 328,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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



Paciente: Letícia da Hora Louza

Solicito exame radiográfico

Extra Bucais

- Panorâmica (sem laudo)

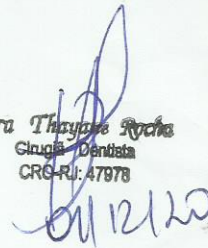
Intra Bucais

- Periapicais

Levantamento Periapical (Boca toda)

Interproximais

Bite Wings D/E


Dra. Thayane Rocha
Clínica Dentista
CRC-RJ: 47978

Duque de Caxias

