



50174262

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 03/07/20	4-Data de Autorização 03/07/20	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50174262	7-Data Validade da Senha 01/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994060378295	9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa QUALVIDA - COMAER - DENTAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005146409481
13-Nome LILIANE MARA DE AZEVEDO VIANA DA SILVA		14-Telefone (21) 7012-3716	15-Nome do titular do plano LILIANE MARA DE AZEVEDO VIANA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S	

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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	9481000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00			03/07/20		
2	9481000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00			03/07/20		
3	9481000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RMD		1	9,00	0,00			03/07/20		
4	9481000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RME		1	9,00	0,00			03/07/20		
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 151,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/07/20 16436051002-54	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/07/20 Liliane Mara de Viana da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------

Odonto Vision

Estrada do Tindiba, 2381 – SI.208

Tels: 2435-2707 / 32030217



Solicitação de Exame Radiográfico

Nome: Liliane Mara de A. V. da Silva

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

1. Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

2. Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 24/06/2020.

Pedro P. A. de Castro
Reabilitação Oral
Implantodontia & Estética
CRP 86624

Assinatura e carimbo



50173462

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 30/06/20	4-Data de Autorização 30/06/20	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50173462	7-Data Validade da Senha 28/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0037994064572860	9-Plano UNIMED DENTAL	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700906957203391
13-Nome MARILIA DA SILVA		14-Telefone (21) 8587-4554	15-Nome do titular do plano MARILIA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados.
Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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	9481000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00			30/06/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 31,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/06/20	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 30/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--



Rio,30/06/2020

PACIENTE : Marilia da Silva

SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO E EXODONTIA
DE TERCEIROS MOLARES . COM LAUDO .

Drª. Mariana Pavão de Araújo
Cirurgiã Dentista
CRO: 44245

www.021dental.com.br

Endereço: Rua André rocha ,nº 750\sala 303 e 304,Taquara-RJ.
Tel: (21) 22638960



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50173643

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 10/1/07/20	4-Data de Autorização 10/1/07/20	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50173643	7-Data Validade da Senha 12/9/09/20
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000032822394	9-Plano UNIMED DENTAL	10-Empresa ESPACO SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704801074851943
---	--------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome TAIRINI TRESPADINI MOURA	14-Telefone (21) 8587-4526	15-Nome do titular do plano TAIRINI TRESPADINI MOURA
-------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	27-Número no CRO 38287	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-	94	81000405			1	31,00	0,00		S	01/07/20		
2-	94	81000294			1	102,00	0,00		S	01/07/20		
3-	94	81000375	RME		1	9,00	0,00		S	01/07/20		
4-	94	81000375	RMD		1	9,00	0,00		S	01/07/20		
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 151,00	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 01/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



Solicitação de Exame Radiográfico

Nome: Tairini Trespadini Maua

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

1. Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

2. Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 1 / 9 / 20.

Pedro P. A. de Castro
Reabilitação Oral
Implodontia & Estética
CRO 36824

Assinatura e carimbo



50173665

1-Registro Ates 418951	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2017	4-Data de Autorização 01/10/2017	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50173665	7-Data Validade da Senha 29/10/2017
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000018137337	9-Plano UNIMED DENTAL	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706007365575046
---	--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JULIANA BERENDONK LEITAO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOAO MARCOS FIGUEIREDO DA SILVA
-------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	27-Número no CRO 38287	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
1-94	81000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	01/10/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 102,00	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 01/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/2017
---	---	---	---

15436755/0002-54



Dra. Monique Gomes Muniz Ferreira
Cirurgiã-Dentista
Endodontia
CRO 31345

Juliana B. Luis

Solo Rx perapical completo.

Dra. Monique G. M. Ferreira
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 31345

01-07-10

Rua André Rocha, 750 - Sala 209 - Taquara
22730-522 - Rio de Janeiro - RJ - Fone: (21) 2440.9373



50179414

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2020	4-Data de Autorização 28/10/2020	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50179414	7-Data Validade da Senha 26/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano UNIMED DENTAL	10-Empresa QUALICORP - CRC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707602295628195
-----------------------	--	--------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JORGETE MOREIRA DE SANTANA	14-Telefone (21) 7552-6338	15-Nome do titular do plano JORGETE MOREIRA DE SANTANA
---------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S	

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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	9481000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	28/10/2020		
2	9481000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00		S	28/10/2020		
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 133,00	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 28/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2020	52-Data, local e Carimbo de Empresa 28/10/2020
---------------	---	---	---

DIGITAL RX RADIOLOGIA
ODONTOLÓGICA
184367551000254

Dr^a Marcelly Cristinny Cabral do Nascimento Pereira

Cirurgiã Dentista

CRO RJ: 49284

Forzete Moreira de Souto

Solicito os seguintes exames radiográficos:

- 1) Panorâmica
(Com finalidade de ampla visualização das arcadas superior e inferior);
- 2) Periapical Completo
(Com finalidade de avaliação periodontal).

Rev. 21/04/2020

Dra. Marcelly Cristinny
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 49284

Estrada do Tindiba, 2003 sala 301 – Taquara RJ

Tel : (21) 2424-9091 / (21) 98891-9091

marcellycristinny@hotmail.com



50180352

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 7 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 0 7 / 2 0	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50180352	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 0 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 1 4 2 5 1 6	9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa COLEGIO BAHIENSE L	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700600412481269
---	----------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ANA PAULA SILVA DE MORAES	14-Telefone (21) 9 0 9 3 - 2 2 7 0	15-Nome do titular do plano ANA PAULA SILVA DE MORAES
--------------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 9 0 8 1 7 9 7 3 6	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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	9 4 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	3 1 0 0	0,00		S	30/07/2020		
2	9 4 8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO			1	1 0 2 0 0	0,00		S	30/07/2020		
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 1 3 3 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 30/07/2020 164367551001254	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/2020 V. R. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Drª Marcellly Cristinny Cabral do Nascimento Pereira

Cirurgiã Dentista

CRO RJ: 49284

Ana Paula Silva de Moraes

Solicito os seguintes exames radiográficos:

1) Panorâmica

(Com finalidade de ampla visualização das arcadas superior e inferior);

2) Periapical Completo

(Com finalidade de avaliação periodontal).

Rio, 10/07/2020

Dra. Marcellly Cristinny
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ/49284

Estrada do Tindiba, 2003 sala 301 – Taquara RJ

Tel : (21) 2424-9091 / (21) 98891-9091

marcellycristinny@hotmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50180356

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 30/07/2001	4-Data de Autorização 30/07/2001	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50180356	7-Data Validade da Senha 28/10/2001
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065142540	9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa COLEGIO BAHIENSE L	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004615484889
13-Nome DANDARA DE MORAES DE OLIVEIRA	14-Telefone (21) 909312270	15-Nome do titular do plano ANA PAULA SILVA DE MORAES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S	

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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-	9481000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00		S	30/07/2001		
2-	9481000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	30/07/2001		
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 133,00	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 30/07/2001	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/2001 Dandara de M. de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------

ODONTOLÓGICA
16436755/0002-548

Drª Marcelly Cristinny Cabral do Nascimento Pereira

Cirurgiã Dentista

CRO RJ: 49284

Danilo de Moraes de Oliveira

Solicito os seguintes exames radiográficos:

1) Panorâmica

(Com finalidade de ampla visualização das arcadas superior e inferior);

2) Periapical Completo

(Com finalidade de avaliação periodontal).

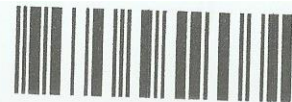
Rec, 10/04/2020

Drª. Marcelly Cristinny
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 49284

Estrada do Tindiba, 2003 sala 301 – Taquara RJ

Tel : (21) 2424-9091 / (21) 98891-9091

marcellycristinny@hotmail.com



50180215

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10/7/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10/7/12/0	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50180215	7-Data Validade da Senha 12/7/11/0/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0379994064572860	9-Plano UNIMED DENTAL
--	--------------------------

13-Nome MARILIA DA SILVA	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700906957203391
14-Telefone (121) 18587-14554		15-Nome do titular do plano MARILIA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES
--	---

26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES

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	9481000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	29/07/2020		
2	9481000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RMD		1	9,00	0,00		S	29/07/2020		
3	9481000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RME		1	9,00	0,00		S	29/07/2020		
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 120,00	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 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20	53-Data, local e Assinatura da Operadora 29/07/20
--	---	---	--

DIGITAL EX RADIOLOGIA
ODONTOLÓGICA
164367550002-4



Solicitação de Exame Radiográfico

Nome:

Moníia da Silva

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

1. Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

② 2. Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 23 / 07 / 2020

Pedro A. de Castro
Reabilitação Oral
Implantodontia & Estética
C.R. 36824

Assinatura e carimbo

Estrada do tindiba 2733, loja F; CEP : 22730-261; Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21)2135-5589 ; e-mail: clinicaodontopremium1@hotmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50178727

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2012	4-Data de Autorização 12/07/2012	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50178727	7-Data Validade da Senha 12/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000027032810	9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705008256174353
13-Nome VICENTE RICARDO DA SILVA BARCELLOS	14-Telefone (121) 3352-5444	15-Nome do titular do plano VICENTE RICARDO DA SILVA BARCELLOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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
1-94	81000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	24/07/20		
2-94	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RMD		1	9,00	0,00		S	24/07/20		
3-94	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RPD		1	9,00	0,00		S	24/07/20		
4-94	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RME		1	9,00	0,00		S	24/07/20		
5-94	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RPE		1	9,00	0,00		S	24/07/20		
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 138,00	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 24/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/07/20
---	---	---	---

Consultório Dentário

PACIENTE: Vicente Ricardo da Silva Barcellos

SOLICITO OS SEGUINTE EXAMES:

- 1) EXAME RADIOGRÁFICO PERIAPICAL COMPLETO,
MOTIVO: AVALIAÇÃO CLÍNICA E PERIODONTAL DO PACIENTE ACIMA CITADO.
- 2) BITE WING DIREITA E ESQUERDA DA REGIÃO DE PRÉS-MOLARES E MOLARES,
MOTIVO: PESQUISA DE CÁRIE PROXIMAL E INFILTRAÇÕES.

SOLICITO EXAMES DETH LAUDO .

() ODONTO X FREGUESIA: 2424.4956 * EST. DOS TRÊS RIOS, 90 SALA 239/240 (AMIL E GOLDEN)

() ODONTO X BARRA: 3139.9951 * AV. DAS AMÉRICAS, 500 BL.16 SALA 211 (AMIL)

() ODONTO X MADUREIRA: 2450.9650 * RUA CAROLINA MACHADO, 530 SALA 202 (AMIL E GOLDEN)

() RADIODOC FREGUESIA: 24255059/980197278 * ESTRADA TRES RIOS, 129 SALA 201 (UNIMED, ODONTOLIFE)

() DRX TAQUARA: 3442.3322/3283.3322 * AV NELSON CARDOSO, 1149 SALA 1516 (UNIMED, ODONTOLIFE, AMIL E GOLDEN)

() ODONTO VISION: 24352707 * EST TINDIBA2381 SALA 208 (UNIMED, ODONTOLIFE, AMIL)

Centro Comercial Unicenter II

Av. Nelson Cardoso 905 . Sala: 203 . Taquara

Tels. 2423.1704 . 96451-3745 E-mail: mabel.cunha@hotmail.com


Dra. Mabel Cunha
CRO-RJ:31121

Dra. Mabel Santos Cunha
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 31121



50178857

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 24/07/2012	4-Data de Autorização 24/07/2012	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50178857	7-Data Validade da Senha 22/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063491530	9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa BRUNO DOS SANTOS P	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700500431110360
13-Nome BRUNO DOS SANTOS PINHEIRO		14-Telefone (21) 6446-2758	15-Nome do titular do plano BRUNO DOS SANTOS PINHEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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-	9481000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	24/07/2012		
2-	9481000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RMD		1	9,00	0,00		S	24/07/2012		
3-	9481000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RME		1	9,00	0,00		S	24/07/2012		
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 120,00	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

O beneficiário assinou no campo 53 a logia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/07/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/07/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/07/2012	53-Data, local e Cadeio da Empresa 24/07/2012
---	---	---	--

Bruno dos Santos Pinheiro

Solicito Exame de Imagem —
Radiografia Periapical completa com Bite-wing.
(Avaliar fratura dentária e presença de cárie).

Rio de Janeiro, 17 de JULHO de 2020.



Dr. Bruno da S. M. Manso
Cirurgião Dentista
CRO - 44884

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50176682

1-Registro ARES 418951	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2017	4-Data da Autorização 15/10/2017	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50176682	7-Data Validade da Senha 13/10/2017
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00370000012146059	9-Plano UNIMED DENTAL	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700507198635350
---	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome SARAH TORRES GOMES	14-Telefone (21) 818514979	15-Nome do titular do plano SARAH TORRES GOMES
-------------------------------	-------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
--	---	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRQ 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---------------------------	-------------	----------------

27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S
---------------------------	-------------	-----------------

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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	94	81000294			1	102,00	0,00			15/07/2017		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 102,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

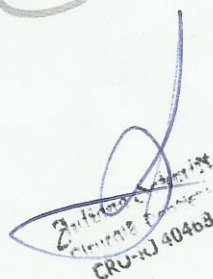
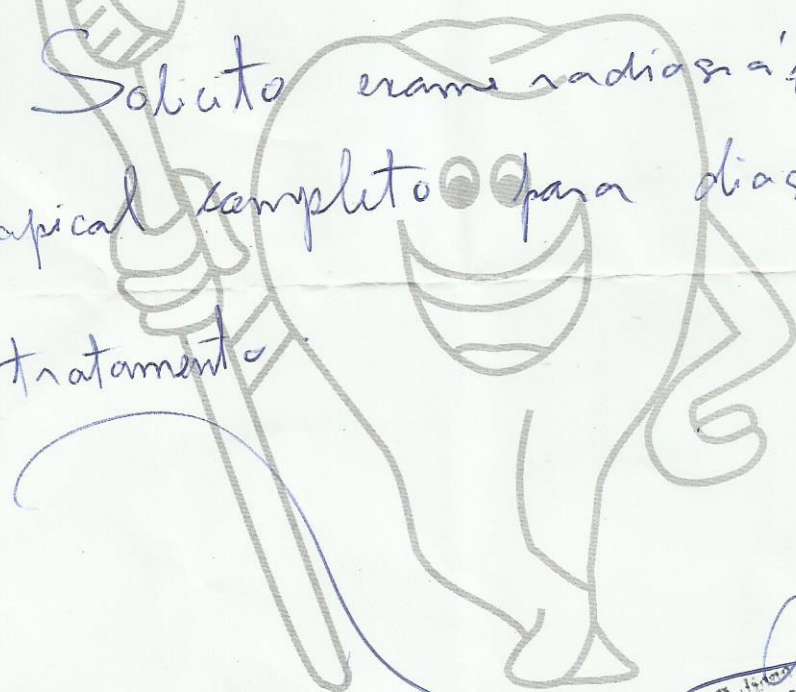
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 15/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2017
---------------	---	---	---	---

Consultório Dentário

P/Sarah Tomas Gomes

Solicitado exame radiográfico
periapical completo para diagnóstico
e tratamento.



Rio 07/07/20

Tel.: 2423-1704 - Cel. 96451-3745
mabel_cunha@hotmail.com

Centro Comercial Unicenter II
Av. Nelson Cardoso, 905 - Sala: 203
Taquara - Rio de Janeiro - CEP:22730-001



50177050

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2017	4-Data de Autorização 16/10/2017	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50177050	7-Data Validade da Senha 14/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994064178592		9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704706730840839
13-Nome JUAN KAIQUE CORREA RODRIGUES		14-Telefone (21) 0000-0000	15-Nome do titular do plano JUAN KAIQUE CORREA RODRIGUES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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
1-94	81000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00		S	16/10/2017		Juan
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 31,00	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 16/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



Rio, 24/06/2020

PACIENTE : Juan Kaique Correa Rodrigues

**SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO E EXODONTIA
TERCEIROS MOLARES.**


DRA. ISABELA CADILHE
CIRURGE DENTISTA
CRO-RJ: 47554

www.021dental.com.br

Endereço: Rua André rocha ,nº 750\sala 303 e 304,Taquara-RJ.
Tel: (21) 22638960



50176465

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2017	4-Data de Autorização 14/10/2017	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50176465	7-Data Validade da Senha 12/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994064482615		9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa VANESSA RAMIRO GOM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701203032891419
13-Nome MARLENE RAMIRO GOMES		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VANESSA RAMIRO GOMES MOREIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES		18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736		22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES		23-Número no CRO 38287		24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287		28-UF RJ	29-Código CBO S			

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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	9481000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00		S	14/07/2017		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 31,00	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 14/07/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/07/2017
---	---	---	---

Drª Marcelly Cristinny Cabral do Nascimento Pereira

Cirurgiã Dentista

CRO RJ: 49284

Marlene Ramiro Gomes

Solicito os seguintes exames radiográficos:

- 1) Panorâmica
(Com finalidade de ampla visualização das arcadas superior e inferior);
- 2) Periapical Completo
(Com finalidade de avaliação periodontal).

Rio 08/07/2020

Dra. Marcelly Cristinny
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 49284

Estrada do Tindiba, 2003 sala 301 – Taquara RJ

Tel : (21) 2424-9091 / (21) 98891-9091

marcellycristinny@hotmail.com



50177404

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 18/07/20	4-Data de Autorização 18/07/20	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50177404	7-Data Validade da Senha 16/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994064553296	9-Plano UNIMED DENTAL	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703006873844771
13-Nome ISABELLE BEZERRA BARRETO		14-Telefone (21) 5126-5165	15-Nome do titular do plano ISABELLE BEZERRA BARRETO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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-	9481000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	18/07/20		Isabelle
2-	9481000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00		S	18/07/20		Isabelle
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 133,00	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 18/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/07/20 Isabelle B. Barreto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/07/20
---	---	---	---

Drª Marcelly Cristinny Cabral do Nascimento Pereira

Cirurgiã Dentista

CRO RJ: 49284

Isabelle Bezerra Barreto

Solicito os seguintes exames radiográficos:

- 1) Panorâmica
(Com finalidade de ampla visualização das arcadas superior e inferior);
- 2) Periapical Completo
(Com finalidade de avaliação periodontal).

Rio 17/10/2020

Dra. Marcelly Cristinny
Cirurgiã Dentista
CRO RJ: 49284

Estrada do Tindiba, 2003 sala 301 – Taquara RJ

Tel : (21) 2424-9091 / (21) 98891-9091

marcellycristinny@hotmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50177403

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50177403	7-Data Validade da Senha 16/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064482615	9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa VANESSA RAMIRO GOM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701203032891419
13-Nome MARLENE RAMIRO GOMES		14-Telefone 10/09/1951	15-Nome do titular do plano VANESSA RAMIRO GOMES MOREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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-	9481000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	18/10/2012		
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 102,00	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-Obsevação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2012
---	---	---	---

Drª Marcelly Cristinny Cabral do Nascimento Pereira

Cirurgiã Dentista

CRO RJ: 49284

Marlene Romão Gomes

Solicito os seguintes exames radiográficos:

- 1) Periapical Completo
(Com finalidade de avaliação periodontal).

2

Dia 14/07/2020

Drª Marcelly Cristinny
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 49284

Estrada do Tindiba, 2003 sala 301 – Taquara RJ

Tel : (21) 2424-9091 / (21) 98891-9091

Email:marcellycristinny@hotmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50175452

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 09/07/2010	4-Data de Autorização 09/07/2010	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50175452	7-Data Validade da Senha 07/10/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061845245	9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708609509853288
13-Nome VICTOR HUGO LUIS SANTOS FRANCISCO		14-Telefone (21) 8431-2813	15-Nome do titular do plano CATHARINA DA SILVA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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
1-94	81000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	09/07/2010		
2-94	81000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00		S	09/07/2010		
3-94	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RMD		1	9,00	0,00		S	09/07/2010		
4-94	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RME		1	9,00	0,00		S	09/07/2010		
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 151,00	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 09/07/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/07/2010
---	---	---	---

Odonto Vision

Estrada do Tindiba, 2381 – Sl.208

Tels: 2435-2707 / 32030217



Solicitação de Exame Radiográfico

Nome: Victor Hugo L. S. Francisco

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

1. Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

2. Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 1 / 07 / 2020

Pedro A. de Castro
Reabilitação Oral
Implantodontia & Estético
CRM 36824

Assinatura e carimbo



50175458

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 09/07/20	4-Data de Autorização 09/07/20	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50175458	7-Data Validade da Senha 07/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061845237	9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704003840582668
13-Nome KARINE DA SILVA SANTOS		14-Telefone (21) 8431-2813	15-Nome do titular do plano CATHARINA DA SILVA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S	ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES	27-Número no CRO 38287	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	9481000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00		S	09/07/20		
2	9481000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	09/07/20		
3	9481000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RMD		1	9,00	0,00		S	09/07/20		
4	9481000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RME		1	9,00	0,00		S	09/07/20		
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 151,00	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 09/07/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/07/2020
---	---	---	---

DIGITAL RADIOLÓGICA
ODONTOLÓGICA
16438/550002-54



Solicitação de Exame Radiográfico

Nome: Karume da Silva Santos

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

1. Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

2. Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 1 / 7 / 2020

Pedro F. A. de Castro
Reabilitação Oral
Implantodontia & Estética
CRO 36824

Assinatura e carimbo



50175451

1-Registro ANS 418951	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 50175451	7-Data Validade da Senha 07/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061845229	9-Plano UNIMED DENTAL 2	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708704183782795
13-Nome CATHARINA DA SILVA SANTOS 15/10/1979		14-Telefone (21) 8431-2813	15-Nome do titular do plano CATHARINA DA SILVA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736	22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES	23-Número no CRO 38287	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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
1-94	81000294	LEVANTAMENTO			1	102,00	0,00		S	09/07/12		
2-94	81000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	31,00	0,00		S	09/07/12		
3-94	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RMD		1	9,00	0,00		S	09/07/12		
4-94	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	RME		1	9,00	0,00		S	09/07/12		
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 151,00	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 09/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/12 Catharina da S. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/12
---	---	--	---



Leuís

924
15/10/
S/L

Solicitação de Exame Radiográfico

Nome: Catharina da Silva Santos

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

1. Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

2. Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 1/7/2020

Pedro P. A. de Castro
Reabilitação Oral
Implantodontia & Estética
CRM 36824

Assinatura e carimbo



340384
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177010	7-Data Validade da Senha 14/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064963486	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 700803952936488
13-Nome LEVI TAVARES DA SILVA		14-Telefone 22/09/1988	15-Nome do titular do plano LEVI TAVARES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BROL RADIOLIGIA ORAL	18-Número no CRO 16370	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61703060768	22-Nome do Contratado Executante HERLY RUBEN DE OLIVEIRA SOARES	23-Número no CRO 16370	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante HERLY RUBEN DE OLIVEIRA SOARES		27-Número no CRO 16370	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	16/07/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/07/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa Centro - CEP: 20.041-010 Rio de Janeiro - RJ
---------------	---	--	---	--

RADIOLOGIA ORAL LTDA. - ME

Pc. Olavo Bilac, 28 - Sala 2014

x Levi TAVARES DA SILVA



Paciente: *Levi Soares De Silva*

Solicito radiografia panorâmica para avaliação dos sisos.

Rio de Janeiro, 14/07/2020

*Dra. Catherine C. Barros
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ 44852
Catherine Barros*

Carimbo do dentista

00379994064963486

Av. Treze de Maio, Nº 47 sala 2405/2404 Centro- Rio de Janeiro

Tel: 21 25442818 / 88902818 Email: Cleandente@globomail.com/

Resp. Técnico Dr. Igor Firmo de Abreu CRO-RJ 28355/ Inscrição CRO EPAO 2908

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



50175811

1-Registro ANS 418951
3-Data de Emissão da Guia 10/07/2010
4-Data de Autorização 10/07/2010
5-Senha AUTORIZADA
6-Número da Guia Principal 50175811
7-Data Validade da Senha 08/10/2010

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00370000021458220
9-Plano UNIMED DENTAL
10-Empresa PESSOA FISICA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700301490885740

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
13-Nome SALIS SILVA DOS SANTOS
14-Telefone (21) 2301-0345
15-Nome do titular do plano SALIS SILVA DOS SANTOS
16-Atendimento a RN N
17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA HABIB PAES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05908179736
22-Nome do Contratado Executante AMANDA HABIB PAES
23-Número no CRO 38287
24-UF RJ
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES
27-Número no CRO 38287
28-UF RJ
29-Código CBO S

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 34423322, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALA1514, TAQUARA, RIO DE

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-	94	81000294			1	102,00	0,00			19/07/2010		X
2-	94	81000375			1	9,00	0,00			19/07/2010		X
3-	94	81000375			1	9,00	0,00			19/07/2010		X
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$
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 10/07/2010
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2010
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/07/2010
53-Data, local e Carimbo da Empresa

SAN. 10/07
5809

Consultório Dentário

Salis Ailla dos Santos

Encaminho paciente, para
Radiografia Periapical completa,
com Interoxímetros (D) e (E)!
Para avaliação Periodontal.

09/07/2020

Dr. Fernando Zamboni Filho
CRM: 123456
R. 123456

Tel.: 2423-1704 · Cel. 96451-3745
mabel_cunha@hotmail.com
Centro Comercial Unicenter II
Av. Nelson Cardoso, 905 - Sala: 203
Taquara - Rio de Janeiro - CEP: 22730-001