



398854
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 19/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200000	7-Data Validade da Senha 17/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994065905102	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 700500503377953	
13-Nome LUIZ EDUARDO LEMOS DEROSI GUE			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ EDUARDO LEMOS DEROSI GUE	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA		18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA		23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA			27-Número no CRO 24261	28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	19/10/20		X
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S			X
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--



A3 Odontologia
INTEGRADA

Luiz Eduardo Lemos De-Rossi

SOLICITO:

Radiografia periapical completa com o objetivo de avaliar lesões de cárie.

Radiografia panorâmica dos maxilares com o objetivo terceiros molares.

Dr. Victor Figueiredo
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 42439


Rio, 15/10/2020



403994
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201395	7-Data Validade da Senha 23/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037994060613707		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 706403322207390
13-Nome TANIA CABRAL PEREIRA			14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano TANIA CABRAL PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0380761751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA		27-Número no CRO 24261	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	23/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

ODT DIGITAL RADIOLOGIA
DIAGNOSTICA



A3 Odontologia
INTEGRADA

Tania Cabral Pereira

SOLICITO:

Radiografia periapical completa com o objetivo de
avaliar lesões de cárie.

Dr. Victor Figueiredo
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 42439

Rio, 23/10/2020



405331
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2010	4-Data de Autorização 26/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201775	7-Data Validade da Senha 24/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

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

13-Nome RAFAEL YORCK DO PRADO	14-Telefone (11) / /	15-Nome do titular do plano RAFAEL YORCK DO PRADO
----------------------------------	-------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA	27-Número no CRO 24261	28-UF RJ	29-Código CBO S	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	26/10/2010		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	26/10/2010		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2010
--	---	---	---

ODT DIGITAL RADIOLOGIA
DIAGNOSTICA LTDA



A3 Odontologia
INTEGRADA

Rafael Yorck do Prado

SOLICITO:

Radiografia periapical completa com o objetivo de avaliar lesões de cárie.

Radiografia panorâmica dos maxilares com o objetivo terceiros molares.

26/10/20

Roberto L. M. Freire
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 43.577

@a3.odonto

f/a3odontologia

odontologia.a3@gmail.com

(21) 9 7187-8937



419665
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206335	7-Data Validação da Senha 14/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065819818	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 702002801868486
13-Nome CELINO DUTRA E MELLO JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANGELA SUELI RAMALHO E MELLO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA		27-Número no CRO 24261	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-	00810000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S			
2-	00810000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

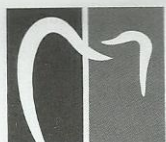
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------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

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

49-Observação

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

ODT DIGITAL RADIOLOGIA
DIAGNOSTICA



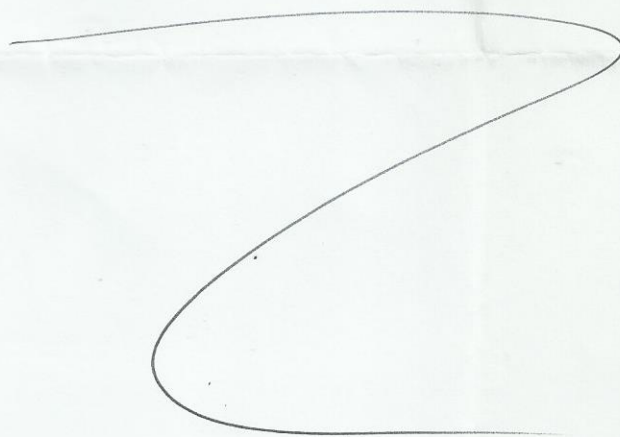
Clínica Odontológica Enio Lima

Dr. Robert Von Haehling Lima CRO 8967
Dra. Denise Audi Von H. Lima CRO 18539
Dra. Juliana Audi Von H. Lima CRO 43596

Helino Leites E. Mello Junior

Soluto Rx perapical

Completa e panorâmica



Juliana A. V. H. Lima
Cirurgiã Dentista
CRO 43596

16/4/20

Tel. 2522.1540 | Tel.Fax: 2522.0651 | Whatsapp: 98493.8086 | Emergência: 99914.7915
Av. N. Sra. de Copacabana, 1066 - Cob2 - Copacabana - RJ - CEP 22060-000
clinicaeniolima@gmail.com www.seusorrisomaisbonito.com.br



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 50206688	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

420709
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994066017669	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 708609549521081
13-Nome GELDER GUERREIRO COSTA 12/03/1986		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GELDER GUERREIRO COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA		27-Número no CRO 24261	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	18/11/20		
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 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



A3 Odontologia
INTEGRADA

Gelder Guerreiro Costa

SOLICITO:

Radiografia periapical completa com o objetivo de avaliar lesões de cárie.

Dr. Victor Figueiredo
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 42439

Rio, 05/11/2020



403310
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201131	7-Data Validade da Senha 21/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994061591049		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702900513978073
13-Nome MARCELLA CARUSO GLASBERG		14-Telefone 18/03/1999	15-Nome do titular do plano ROBERTO GLASBERG		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA		27-Número no CRO 24261	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	23/10/20		ALG
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 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

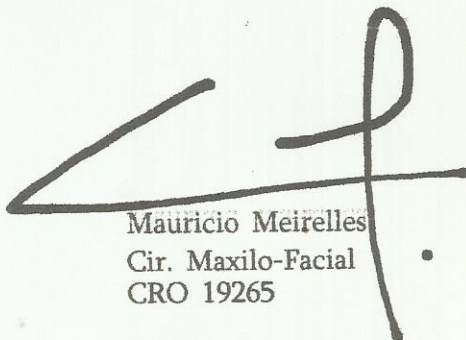
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20 Marcela C. Glasberg	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dr. Mauricio Meirelles
CRO 19265
Viviane da Costa
CRO 22877

Para: Marcella Glasberg

Solicito radiografia panorâmica dos maxilares

Rio, 20 de outubro de 2020.



Mauricio Meirelles
Cir. Maxilo-Facial
CRO 19265