



440137  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>14/12/20 | 4-Data de Autorização<br>18/12/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8142072 | 7-Data Validade da Senha<br>14/03/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                  |                                                                  |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202508835000129201 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>MADERO COMERCIO DE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                              | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>PRISCILA ALBERNAZ SATIRO MOUTINHO |                                | 14-Telefone<br>( ) -             | 15-Nome do titular do plano<br>PRISCILA ALBERNAZ SATIRO MOUTINHO |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                             |                                                                                |                           |             |                       |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                    | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA | 18-Número no CRO<br>24261 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000375-RME<br>(II) 81000375-RMD |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>03807661751          | 22-Nome do Contratado Executante<br>FELIPE FERREIRA COSTA                      | 23-Número no CRO<br>24261 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                                                                                  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FELIPE FERREIRA COSTA |                                                                                | 27-Número no CRO<br>24261 | 28-UF<br>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-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/12/20              |                    |               |
| 2-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/12/20              |                    |               |
| 3-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>28,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/12/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/12/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

ODT DIGITAL RADIOLOGIA  
DIAGNOSTICA LTDA

# 021 DENTAL

Priscila Albreemazi Salino Pontinho

Solicito radiografias periapical  
completa com bite-wing  
para avaliação diagnóstica.

Dra. Bruna Mendes  
CIRURGA DENTISTA  
CRO-RJ: 49388

14/12/10

Rua Santa Clara, 50 sala 910 - Copacabana



430348  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                                |                                                           |                                 |                                                               |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>3 0 / 1 1 / 2 0                                   | 4-Data de Autorização<br>3 0 / 1 1 / 2 0                  | 5-Senha<br>AUTORIZADO           | 6-Número da Guia Principal<br>50209658                        | 7-Data Validade da Senha<br>2 8 / 1 0 / 2 1                            |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                                |                                                           |                                 |                                                               |                                                                        |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 6 5 9 2 5 0    |                                                                                | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                            | 10-Empresa<br>TBG               | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>898004749409547               |
| 13-Nome<br>ROMULO TAKEO MAGNAN FUKAMMACHI                    |                                                                                |                                                           | 14-Telefone<br>05/11/1984 ( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>ROMULO TAKEO MAGNAN FUKAMMACHI |                                                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                                |                                                           |                                 |                                                               |                                                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA |                                                           | 18-Número no CRO<br>24261       | 19-UF<br>RJ                                                   | 20-Código CBO S<br>09                                                  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0 3 8 0 7 6 6 1 7 5 1 |                                                                                | 22-Nome do Contratado Executante<br>FELIPE FERREIRA COSTA | 23-Número no CRO<br>24261       | 24-UF<br>RJ                                                   | 25-Código CNES<br>801 - Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000405 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FELIPE FERREIRA COSTA  |                                                                                |                                                           | 27-Número no CRO<br>24261       | 28-UF<br>RJ                                                   | 29-Código CBO S                                                        |

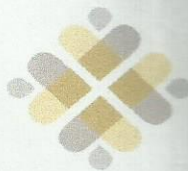
| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----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

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                   |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>7 8 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>05/12/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/12/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/12/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



AVANTI  
Odontologia

**Dra. Viviane Botelho dos Santos Pinho**  
**Cro-RJ 31868**

*Graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro*

*Especialista em Endodontia*

*Especialista em Periodontia*

*Especialista em Ortodontia*

*Ortopedia Funcional dos Maxilares*

Romulo Takeo Fukumashi

*Disfunção Temporomandibular*

*Dor Orofacial*

*Estética*

- Solicito pare fms diagnósticos:

- Rx Sonorância

com laudo

*Dra. Viviane Botelho*  
Ortodontista  
CRO 31868  
30/11/20



432640  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>02/11/2012 | 4-Data de Autorização<br>02/11/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50210378 | 7-Data Validade da Senha<br>02/10/13 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                          |                                |                                 |                                     |                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037000029436063 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>AIPO E AIPI RESTA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>705403426469091 |
|------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                  |                           |                                                      |
|----------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>VANESSA COELHO RAPOSO | 14-Telefone<br>02/10/1974 | 15-Nome do titular do plano<br>VANESSA COELHO RAPOSO |
|----------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

|                                                             |                           |             |                 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FELIPE FERREIRA COSTA | 27-Número no CRO<br>24261 | 28-UF<br>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      | 02/12/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>02/12/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>Vanessa Raposo | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

GILDA SCHETTINO DE MELO

CIRURGIÃ DENTISTA  
CRO: RJ-CD-11949

Vanessa C. Daposo

Exame radiográfico

Radiografia panorâmica  
(implante x1)

Gilda Schettino de Melo  
Cirurgiã Dentista  
CRO 11949 RJ

02/12/20

Rua Constante Ramos, 44 sala 1203  
Copacabana - RJ - CEP:22051-012

(21) 2256-2889  
Cel. ☎ / 99614-2384



431662  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/12/20 | 4-Data de Autorização<br>01/12/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50210113 | 7-Data Validade da Senha<br>01/03/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                         |  |                                           |                                                             |                                         |                                     |                                                          |
|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                   |  | 8-Número da Carteira<br>00379994065819800 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                              | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>705007423483651 |
| 13-Nome<br>ANGELA SUELI RAMALHO E MELLO |  | 14-Telefone<br>14/01/1950                 | 15-Nome do titular do plano<br>ANGELA SUELI RAMALHO E MELLO |                                         |                                     |                                                          |

|                                                             |                                                           |                           |                                                                                |                           |             |                       |                                                         |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento             |                                                           | 16-Atendimento a RN<br>N  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA | 18-Número no CRO<br>24261 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>09 | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 81000405 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>03807661751          | 22-Nome do Contratado Executante<br>FELIPE FERREIRA COSTA | 23-Número no CRO<br>24261 | 24-UF<br>RJ                                                                    | 25-Código CNES            |             |                       |                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FELIPE FERREIRA COSTA |                                                           | 27-Número no CRO<br>24261 | 28-UF<br>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      | 08/12/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/12/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/12/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



431649  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/12/20 | 4-Data de Autorização<br>01/12/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50210111 | 7-Data Validade da Senha<br>01/03/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                          |                                |                                         |                                                             |                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037994065819800 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>705007423483651 |
| 13-Nome<br>ANGELA SUELI RAMALHO E MELLO  |                                | 14-Telefone<br>14/01/1950               | 15-Nome do titular do plano<br>ANGELA SUELI RAMALHO E MELLO |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

801 -  
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000294                | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 22200            | 0,00     |                                 | S      |                       |                    |               |
| 2-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>22200 | 47-Valor Total R\$<br>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 |
|---------------|

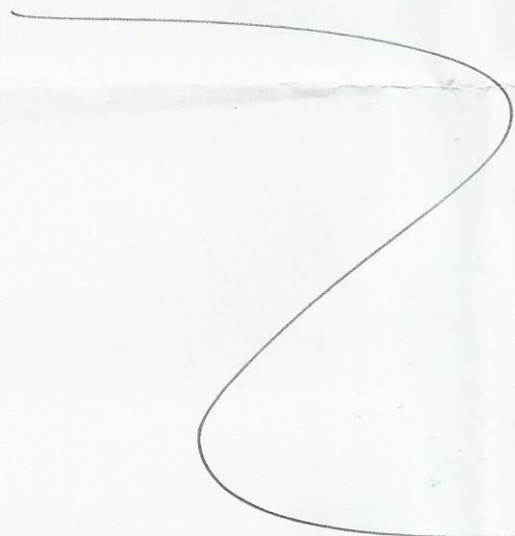
|                                                                      |                                                               |                                                                       |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>01/12/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>01/12/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>01/12/20 |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|



## 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

Angela Sueli Ramalho e melles  
Soluções RX periapical  
completa e panorâmica



Dr.ª Juliana A. V. H. Lima  
Cirurgiã Dentista  
CRC 43596

01/12/20

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  
clnicaeniolima@gmail.com www.seusorrisomaisbonito.com.br