

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7800322	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202527587800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA GEUSA DA SILVA		14-Telefone (21) 3416-3368	15-Nome do titular do plano MARIA GEUSA DA SILVA
---------------------------------	--	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA
---	--	--------------------------	--

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 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			19/08/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/08/20
---	---	---	---

DIGITAL RX RADIOLOGIA
ODONTOLOGICA
16436755/017

Maria Geusa da Silva



Rio,19/08/2020

PACIENTE : MARIA GEUSA DA SILVA

SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA AVALIAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES.


Dr. Mariana Palomo de Araujo
Cirurgia-Dentista
CRO: 44245

www.021dental.com.br

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



357895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/2017	4-Data de Autorização 17/08/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184448	7-Data Validade da Senha 15/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064957060	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 706203518115164
13-Nome FAGNER OLIVEIRA DE LIMA		14-Telefone 01/02/1993	15-Nome do titular do plano CAMILA CRISTINA PEREIRA DO NAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
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	Enviar - RX (I) 81000375-RMD
26-Nome do Profissional Executante AMANDA HABIB PAES		27-Número no CRO 38287	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421-

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-	RMD		1	14,00	0,00		S	17/08/2017		Fagner
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	17/08/2017		Fagner
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 28,00	47-Valor Total R\$ R\$ 28,00	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 17/08/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/2017
---	---	---	---

021

DENTAL

Paciente: Fagner Oliveira de Lima

Solicito:

() RX panorâmico

(X) RX Bitewing Posterior direito

(X) RX periapical do Elemento 16

() Tomografia Cone BEAN Região _____

Para Avaliação Endodôntica

RJ, 10/08/20

DENTAL

Dra. Kamilla Martins
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 45422

Rua Conde de Porto Alegre, 477 – Sala 908 – Duque de Caxias, 25 de Agosto.



335321
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/17/120	4-Data de Autorização 07/10/17/120	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7687446	7-Data Validade da Senha 05/11/01/120
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510220300389401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANDERSON COSTA CANDIDO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDERSON COSTA CANDIDO
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

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-	001000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			07/10/17		
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 07/10/17	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/17	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/17
---	---	---	---



331073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2010	4-Data de Autorização 07/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7668466	7-Data Validade da Senha 12/10/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202510220300389401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANDERSON COSTA CANDIDO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDERSON COSTA CANDIDO
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
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	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			07/10/2010		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			07/10/2010		
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 28,00	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 07/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/10/2010
---	---	---	--

DRX Radiologia
Odontologica



Clínica Médico - Odontológica

CNPJ 03106363/0001-02 - Insc. Munic.: 02561-514

Rua Cardoso de Moraes, 25 - 3º andar - Praça das Nações

Bonsucesso - RJ - CEP 21032-000 - Tels.: 2560-5096 / 2560-3145 / 2590-2515

Anderson Costa Ladeira

Solicitto Rx pericupial completo.

com RW o/E

até avaliação de cáries

24/06/20

Dr. Ricardo F. P.
Cirurgião-Dentista
CRC: 24.467



335195
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2012	4-Data de Autorização 13/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686974	7-Data Validade da Senha 05/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202530533300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PAULO CESAR COELHO RAMOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO CESAR COELHO RAMOS
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

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 (I) 81000405	Enviar - RX
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------------	-------------

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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	13/10/2012		
2-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	13/10/2012		
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 13/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/10/2012
---	---	---	--

DIGITAL RADIOLOGIA
ODONTOLOGICA
144367550

ODONTO X FREGUESIA

(PETROBRÁS / REAL GRANDEZA / GOLDEN)

Est. Dos três rios n° 90 sala 239 Freguesia

Telefone: 2446-1544



Solicitação de Exame Radiográfico

Nome:

Paulo Cesar Coelho Ramos

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, 06 / 07 / 20.

Assinatura e carimbo



361412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2018	4-Data de Autorização 24/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185903	7-Data Validade da Senha 19/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064117747	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GRANIH C SERVICES S	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708206107602249
13-Nome LEANDRO SOUZA LOSSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO SOUZA LOSSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DRX RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 38287	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
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 (I) 81000405	Enviar - RX
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
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	24/08/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/08/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 24/08/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/08/2018
---	---	---	---

DRX Radiologia Odontologica