



323574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 2 2 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50170751	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 3 1 8 6 8 4 1 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004659885935
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome BRYAN MUNDINI DE OLIVEIRA MORE	14-Telefone 03/03/2010	15-Nome do titular do plano SAMARA MUNDINI DE OLIVEIRA MOR
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 , 0 0	0 , 0 0			22 06 20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação Guia externa alterada.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Responsável 22 06 20 Samara M. de J. Pereira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22 06 20
---	--	--	--	--

021 DENTAL

Nome completo: Bryan M. de Oliveira Moreira

Solicito exame radiológicos abaixo:

LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO) -

ASAI

* RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA
(ORTOPANTOMOGRAMA) - ASAI

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITEWING - RME

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITEWING - RMD

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TIPO CONE BEAN

REGIÃO _____

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA - ASAI

RX CELALOMETRICO DE PERFIL COM TRAÇADO DE STEINER,
DOWNS E TWEED

FOTOGRAFIAS EXTRA ORAIS : FRENTE, FRENTE
SORRINDO, PERFIL DIREITO, PERFIL ESQUERDO.

FOTOGRAFIAS INTRA ORAIS : OCLUSÃO FRONTAL, OCLUSÃO
LATERAL DIREITA E ESQUERDA.

MODELO DE ESTUDO ZOOCALADO E POLIDO.

Justificativas:

* Plano de tratamento inicial

Investigação de cáries

Avaliação de terceiros molares

Avaliação de possíveis fraturas

Avaliação para tratamento ortodôntico

Avaliação para tratamento reabilitador

Avaliação periodontal

Jéssica C. Távora da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO RJ - 47245

10/06/2020

Rua Uruguaiana Nº10 sala 1706 - Centro RJ



323569
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50170752	7-Data Validade da Senha 10/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000031867858	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700508980491255
13-Nome SAMARA MUNDINI DE OLIVEIRA MOR		14-Telefone 27/11/1976	15-Nome do titular do plano SAMARA MUNDINI DE OLIVEIRA MOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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	22/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 Guia externa alterada.	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 22/06/20 Samara J de O Moreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/06/20
---	--	--	--	---

021 DENTAL

Nome completo: Somara Mundini Ise Oliveira

Solicito exame radiológicos abaixo:

LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO) – ASAI

➔ RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRFIA) – ASAI

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITEWING – RME

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITEWING – RMD

TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DO TIPO CONE BEAN REGIÃO _____

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA – ASAI

RX CELALOMETRICO DE PERFIL COM TRAÇADO DE STINER, DOWNS E TWEED

FOTOGRAFIAS EXTRA ORAIS : FRENTE, FRENTE

SORRINDO, PERFIL DIREITO, PERFIL ESQUERDO.

FOTOGRAFIAS INTRA ORAIS : OCLUSÃO FRONTAL, OCLUSÃO LATERAL DIREITA E ESQUERDA.

MODELO DE ESTUDO ZOOCALADO E POLIDO.

Justificativas:

- ➔ Plano de tratamento inicial
- Investigação de cáries
- Avaliação de terceiros molares
- Avaliação de possíveis fraturas
- Avaliação para tratamento ortodôntico
- Avaliação para tratamento reabilitador
- Avaliação periodontal

Rio, 12/06/2020
Dra. Andreza S. Sodré
Cirurgiã - Dentista
CRO 43538

Rua Uruguaiana Nº10 sala 1706 – Centro RJ



334400
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 06/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174461	7-Data Validade da Senha 04/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061218968	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705105459023070
13-Nome HELENA MARTINS DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HELENA MARTINS DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			09/07/20		
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\$ 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/04/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/04/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/07/2020
--	---	---	---

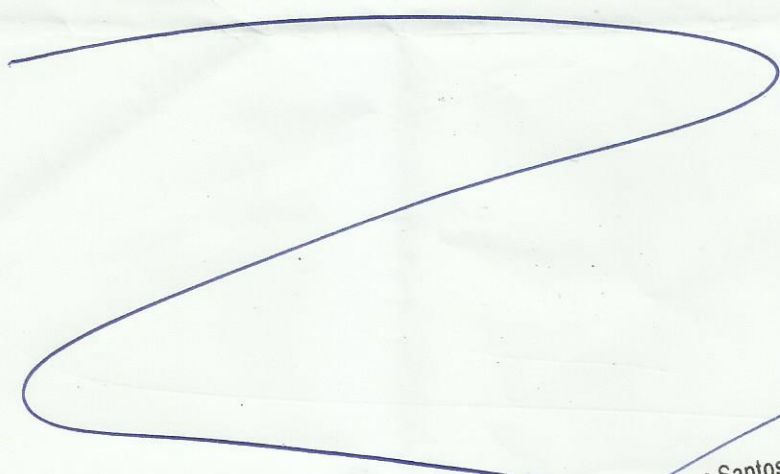


ODONTO
company

Paixão pelo seu sorriso

Helena Montinos da Silva

Solicitado Rx panorâmica
pl exo Tórax e Membros



Luan Santos
Cirurgião Dentista
CRO RJ 47958

09/07/20

UNIDADE DUQUE DE CAXIAS / RJ

Rua José de Alvarenga, 290 - Sala 501 - Duque de Caxias - RJ
Fone: (21) 3651-8102

www.odontocompany.com

Responsável Técnico: Luiz Felipe Ferreira Ribeiro - CRO 38.268