



554446
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/05/21	4-Data de Autorização 19/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8597841	7-Data Validade da Senha 16/08/21
8-Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202537601600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FLAVIA LILIANE DE CASTRO PONTES			14-Telefone 13/07/1978	15-Nome do Titular do Plano FLAVIA LILIANE DE CASTRO PONTES	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante					
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777		22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		18-Número na CRO 34928	19-UF RJ
23-Número na CRO 34928		24-UF RJ	25-Código CNEB	20-Código CBO S 09	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número na CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RMD
(I) 81000375-RME

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/30-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	19/05/21		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	19/05/21		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	19/05/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 3-Parcial	46-Total Quantidade US 250,00	47-Valor Total RS 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 o profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/05/21
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Flavia Liliane de Castro Pontes

Radiografias Periapical completa com
bita wing lado direito e esquerdo,
a paciente acima citada apresenta
doença periodontal, preciso analisar
pode ossa.

Cristiane Medeiros S. Romão

Rio, 11/05/21

Cristiane Medeiros Souza Romão
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 20296



519475
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/04/21	4-Data de Autorização 09/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8467655	7-Data Validade da Senha 08/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521336500036201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PRISCILA MELLO RODRIGUES DA SILVA	14-Telefone 08/11/1985	15-Data Validade da Carteira / /	16-Nome do Titular do plano PRISCILA MELLO RODRIGUES DA SILVA
--	---------------------------	-------------------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO \$ 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------	-------------	------------------------	--------------------------

21-Código da Operadora / GNPJ / GPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO \$
--	---------------------------	-------------	------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Durante/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			10/04/2021		
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\$ 84,40	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 10/04/21 - Priscila Mello	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/04/21
--	--	--	---

IDDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

Pacote inclui todo o custo de
serviço cirúrgico completo para
avaliação de este caso em todos
seus aspectos

Drª Mayara Andrade de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ 43142



Berílio
Odontologia

Rua Coronel Tamarindo Nº 1920 | Loja A | Bangu | Rio de Janeiro | RJ | CEP 21840-447
Tel: (21) 3268-6178 / 99938-8110



526409
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização 22/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8494663	7-Data Validade da Senha 18/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202529040000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALAIR SANTOS DA SILVEIRA		14-Telefone 10/05/1980 (21) 4101-0801	15-Nome do titular do plano ALAIR SANTOS DA SILVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	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	10/05/21		
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

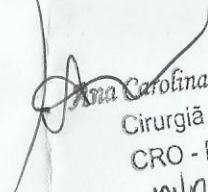
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/21
--	--	---	---

IDDO-INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL



Alain Santos de Siqueira.

Soluto Rx principal Caplets
para avaliação periodontal e
cáries puntes.


Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382
10/04/2024

21 97388-8012
(WhatsApp)

21 3936-1003

 Odonto Fields

 @odontofields

Prça Saíqui, 40 - salas 201 e 203 - Vila Valqueire - RJ



543262
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2011	4-Data de Autorização 06/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8557274	7-Data Validade da Senha 03/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202537568700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FLAVIO PINTO LEMOS		14-Telefone () 2464-9080	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano FLAVIO PINTO LEMOS					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número no CRO 34928	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-	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			05/10/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 o 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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.			
---	--	--	--

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 05/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2011
--	--	---	---

INSTITUTO DIGITAL DIAGNÓSTICO ORAL

021

DENTAL

Ra, 04/05/21

Leueto radiográfico panorâmico
do paciente Flavio Pinto Leemos para
planejamento do plano de tratamento

Dra Patricia Esteves da Silva Gil
Cirurgia Dentista
CRO / RJ - 49362

Rua: Soares Caldeira, 142 - sala 206
2263-8960

www.021dental.com.br