



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-PP

1094597
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/2022	4-Data de Autorização 09/08/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10227413	7-Data Validade da Guia 09/11/2022
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002021548784900000102	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 FERNANDA DE OLIVEIRA GONCALVES BAR		14-Teléfono 18/06/1998	15-Nome do titular do plano GUILHERME GOES BRAZIL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IBRO - NOVA IGUAÇU	18-Número no CRO 13438	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03074246000104	22-Nome do Contratado Enequente INSTITUTO DE RADIOLOGIA ORAL DE NOVA	23-Número no CRO 13438	24-UF RJ	25-Código CNES 3937240	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Enequente MARIA DIONISIA SANTOS		27-Número no CRO 13438	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo de Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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(ram) 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 Profissional Solicitante					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)					
53-Data, local e Assinatura da Empresa					

CNPJ: 03.074.246/0001-04

021 DENTAL

02

Nome completo: Marco Fernando de Oliveira Gonçalves Barcellos
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 BEAM

REGIÃO _____

☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA – ASAI

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

RX CELALOMETRICO DE PERFIL COM TRAÇADO DE USP/UNICAMP

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

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

MODELO DE ESTUDO ZOOCALADO E POLIDO. 09/08/22

JUSTIFICATIVA: Avaliação

Dr^a Anna Luiza S. Flores
CRO: RJ 494 61
Cirurgiã Dentista

Rua Getúlio Vargas, 121, sala 416

Nova Iguaçu - RJ



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

1050577
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/2017	4-Data de Autorização 01/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10100997	7-Data Validade da Senha 01/07/2017
8-Número da Carteira 0102021548920401010102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 01/07/17	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADENIAN RIBEIRO RODRIGUES DE FREITAS			14-Telefone 02/03/1993	15-Nome do titular do plano CRISTINE DE AQUINO JANUARIO	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IBRO - NOVA IGUAÇU	18-Número no CRO 13438	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0307424600010104	22-Nome do Contratado Executante INSTITUTO DE RADIOLOGIA ORAL DE NOVA	23-Número no CRO 13438	24-UF RJ	25-Código CNES 3937240	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MARIA DIONISIA SANTOS		27-Número no CRO 13438	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	010810004051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/07/17	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), foram realizados 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 01/07/17	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/17	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	-------------------------------------

CNPJ: 05.074.246/0001-04

ento Cedenium Ribeiro Pedagogos de Feitosa

Solicitado Radiografia Panorâmica sem
luxo para planejamento dentário.


Drª Juliana Ribeiro Braga
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 39100

30/06/2022

Rua Coronel Francisco Soares, 71 sl 709 - Centro - Nova Iguaçu - RJ
Tel.: 2667-4840



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

1159398
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/09/2012	4-Data de Autorização 26/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10403470	7-Data Validade da Bônus 25/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202545406500001011	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 MACHADO SOARES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FLAVIO MACHADO SOARES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RH N	17-Nome do Profissional Solicitante RAD RADIOGRAFIAS	18-Número no CRO 14263	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / ONP / CPF 2222365320001165	22-Nome do Contratado Executante RAD ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 14263	24-UF RJ	25-Código CNES 7766394	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante ELIZABETH LOBAO DA SILVA BRENTANO		27-Número no CRO 14263	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
1-00181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
16-					
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\$ 0,00		49-Valor Total R\$ 0,00	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/09/2012 - Flávio M. Soares					
52-Data, local e Carimbo da Empresa / /					

021 DENTAL

Nome completo: Maíno Machado Soares

Solicito exame radiológicos abaixo:

☒ LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO) – ASAI

☒ RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA
(ORTOPANTOMOGRAFIA) – ASAI

☐ RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITEWING – RME

☐ RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITEWING – RMD

☐ TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TIPO CONE BEAM

REGIÃO _____

☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA – ASAI

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

RX CELALOMETRICO DE PERFIL COM TRAÇADO DE USP/UNICAMP

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

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

MODELO DE ESTUDO ZOOCALADO E POLIDO.

JUSTIFICATIVA: Para fins Odontológicos

Drª Pâmela D. Rodrigues
Cirurgiã Dentista
CRQ-RJ 52191

Rua Getúlio Vargas, 121, sala 416

Nova Iguaçu - RJ

26/09/22



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

1159910
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2021	4-Data de Autorização 21/09/2021	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 10404899	7-Data Validade de Sanha 21/09/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020251405800000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCAS FERREIRA DE OLIVEIRA		14-Telefone (11) - - - - -	15-Nome do titular do plano RONALDO SOUZA DE OLIVEIRA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAD RADIOGRAFIAS	18-Número no CRO 14263	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 222365320000165		22-Nome do Contratado Executante RAD ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 14263	24-UF RJ	25-Código CNES 7766394
26-Nome do Profissional Executante ELIZABETH LOBAO DA SILVA BRENTANO		27-Número no CRO 14263	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Région	34-Face	35-Qtd
1-00181000294		LEVANTAMENTO			1
2-					2
3-					2
4-					2
5-					2
6-					2
7-					2
8-					2
9-					2
10-					2
11-					2
12-					2
13-					2
14-					2
15-					2
43-Data Previsto Término de 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 212100					
47-Valor Total R\$ 10100					
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 Beneficiário / Responsável 26/09/2021 WILNIE FERREIRA DE OLIVEIRA					
52-Data, local e Assinatura da Empresa 26/09/2021 ELIZABETH LOBAO DA SILVA					

Lucas Ferreira de Oliveira

- Solicito Radiografia periapical
completa, paciente apresentou
retroção gingival e sangramentos.
* Para tratamento periodontal.

22/09/22

Rafaeli C. Santana Alves
Cirurgiã Dentista
CRO-RS. 44513

Rua Juá, 758 - Loja 4 - Cabuçu - Nova Iguaçu
Tel.: (21)3742-1981/99173-3905



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

1160345
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2012	4-Data de Autorização 21/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10406227	7-Data Validade de Senha 21/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202151401000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WINNIE FERREIRA DA SILVA	14-Telefone 11/03/1987	15-Nome do titular do plano RONALDO SOUZA DE OLIVEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAD RADIOGRAFIAS	18-Número no CRO 14263	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 222365320000165	22-Nome do Contratado Enrolante RAD ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 14263	24-UF RJ	25-Código CNES 7766394	
26-Nome do Profissional Enrolante ELIZABETH LOBAO DA SILVA BRENTANO	27-Número no CRO 14263	28-UF RJ	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0081000294	31-Código do Procedimento LEVANTAMENTO	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 de Glosa
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término de 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	47-Valor Total R\$	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(ram) 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 Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		

sumie Luvira do Silo

- Solicito Radiografia periapical completo, paciente apresentou retroção gingival e sangramento.
- *Para tratamento periodontal.

22/09/22

Rafael B. Santana Alves

Cirurgia Dentista

CRO-RJ. 44513

Rua Juá, 758 - Loja 4 - Cabuçu - Nova Iguaçu
Tel.: (21)3742-1981/99173-3905



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

1160166
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/2019	4-Data de Autorização 22/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10405587	7-Data Validade da Senha 25/12/2022							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002022551405800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome RONALDO SOUZA DE OLIVEIRA		14-Telefone 25/02/1984 () -	15-Nome do titular do plano RONALDO SOUZA DE OLIVEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante RAD RADIOGRAFIAS	18-Número no CRO 14263	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22236532000165	22-Nome do Contratado Executante RAD ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 14263	24-UF RJ	25-Código CNES 7766394								
26-Nome do Profissional Executante ELIZABETH LOBAO DA SILVA BRENTANO		27-Número no CRO 14263	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-Ord	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	22200				20/09/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												

2) Romulo Souza de Oliveira

- Solicita Radiografias periapical
completo, paciente apresentando

retração gingival e sangramento.
* Para tratamento periodontal.

8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
43-Data	
Declaraç contrati referen	
49-Obs	
50-Data, lo	

22/09/22
Roberto C. Santana Alves
Cirurgião Dentista
CRO-RJ: 44513

Rua Juá, 758 - Loja 4 - Cabuçu - Nova Iguaçu
Tel.: (21)3742-1981/99173-3905



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

1092277
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/08/2022	4-Data de Autorização 08/08/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10221053	7-Data Validade da Guia 06/11/2022						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002025307816000159011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome VIVIANE GARCEZ TOSTA NOLASCO		14-Telefone 18/08/1980	15-Nome do titular do plano VIVIANE GARCEZ TOSTA NOLASCO								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IBRO - NOVA IGUAÇU	18-Número no CRO 13438	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / ONPJ / GPF 03074246000104	22-Nome do Contratado Executante INSTITUTO DE RADIOLOGIA ORAL DE NOVA	23-Número no CRO 13438	24-UF RJ	25-Código CNES 3937240	Enviar - RX (1) 81000405						
26-Nome do Profissional Executante MARIA DIONISIA SANTOS		27-Número no CRO 13438	28-UF RJ	29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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			08/08/22	
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 do 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											
INSTITUTO DE RADIOLOGIA ORAL DE NOVA IGUAÇU											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 08/08/2022 NOVA IGUAÇU RJ				52-Data, local e Assinatura da Empresa 08/08/2022 NOVA IGUAÇU RJ					

9º andar - sl 910.

021 DENTAL

Nome completo: Viviane G. Tezla Nolasco

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 BEAM

REGIÃO _____

☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA – ASAI

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

RX CELALOMETRICO DE PERFIL COM TRAÇADO DE USP/UNICAMP

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

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

MODELO DE ESTUDO ZOOCALADO E POLIDO.

JUSTIFICATIVA: avaliar perda óssea.

8/8/22

Rua Getúlio Vargas, 121, sala 416

Nova Iguaçu - RJ

Drª Rafaela Araújo Rodrigues
Cirurgião Dentista
CRO/RJ 44678



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1-Registro/RG 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10227410	7-Data Validade da Senha 07/11/2012	1094594 INTERCÂMBIO
-------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 000202548784900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUILHERME GOES BRAZIL	14-Telefone 23/01/1992 () -	15-Nome do titular do plano GUILHERME GOES BRAZIL		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IBRO - NOVA IGUAÇU	18-Número no CRO 13438	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03074246000104	22-Nome do Contratado Escutante INSTITUTO DE RADIOLOGIA ORAL DE NOVA	23-Número no CRO 13438	24-UF RJ	25-Código CNES 3937240	Enviar - RX () 81000405
26-Nome do Profissional Escutante MARIA DIONISIA SANTOS	27-Número no CRO 13438	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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		09/10/2012	
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(ram) 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 09/10/2012 INSTITUTO DE RADIOLOGIA ORAL DE NOVA IGUAÇU	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável GUILHERME GOES BRAZIL	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	--	--	---

CNPJ: 03.074/246/0001-04

021 DENTAL

Nome completo: Guilherme Gans Bezerra

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 BEAM

REGIÃO _____
☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA – ASAI

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

RX CELALOMETRICO DE PERFIL COM TRAÇADO DE USP/UNICAMP

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

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

MODELO DE ESTUDO ZOOCALADO E POLIDO.

09/08/22

JUSTIFICATIVA: Análise

Dr^a Anna Luiza S. Flores

CRO: RJ - 494.61

Cirurgiã - Dentista

Rua Getúlio Vargas, 121, sala 416

Nova Iguaçu - RJ



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/01/2016	4-Data de Autorização 31/01/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10075517	7-Data Validade da Senha 12/18/2019	1041575 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00020254892040000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome CRISTINE DE AQUINO JANUARIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTINE DE AQUINO JANUARIO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alteramento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IBRO - NOVA IGUAÇU	18-Número no CRO 13438	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa							
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03074246000104	22-Nome do Contratado Executante INSTITUTO DE RADIOLOGIA ORAL DE NOVA	23-Número no CRO 13438	24-UF RJ	25-Código CNEB 3937240	Enviar - RX (I) 81000405							
26-Nome do Profissional Executante MARIA DIONISIA SANTOS		27-Número no CRO 13438	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-	000100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			31/01/2016		
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, 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												
INSTITUTO DE RADIOLOGIA ORAL DE NOVA IGUAÇU LTDA 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/01/2016 NOVA IGUAÇU RJ 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/01/2016 NOVA IGUAÇU RJ 53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/01/2016 NOVA IGUAÇU RJ												

ento: Orestes Aguiar Junior

Solicito Radio grafia Panorâmica
Para planejamento clínico, caso se
fz necessário tudo

 30/06/2022

Drª Juliana Ribeiro Braga
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 39100

Rua Coronel Francisco Soares, 71 sl 709 - Centro - Nova Iguaçu - RJ

Tel.: 2667-4840