



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

318787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50164716	7-Data Validade da Senha 30/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994058474460	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REJANE SOUZA DA SILVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702408543373821
13-Nome MARCILENE SOUZA DA SILVA		14-Telefone 25/10/1980	15-Nome do titular do plano REJANE SOUZA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	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	01/07/20		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

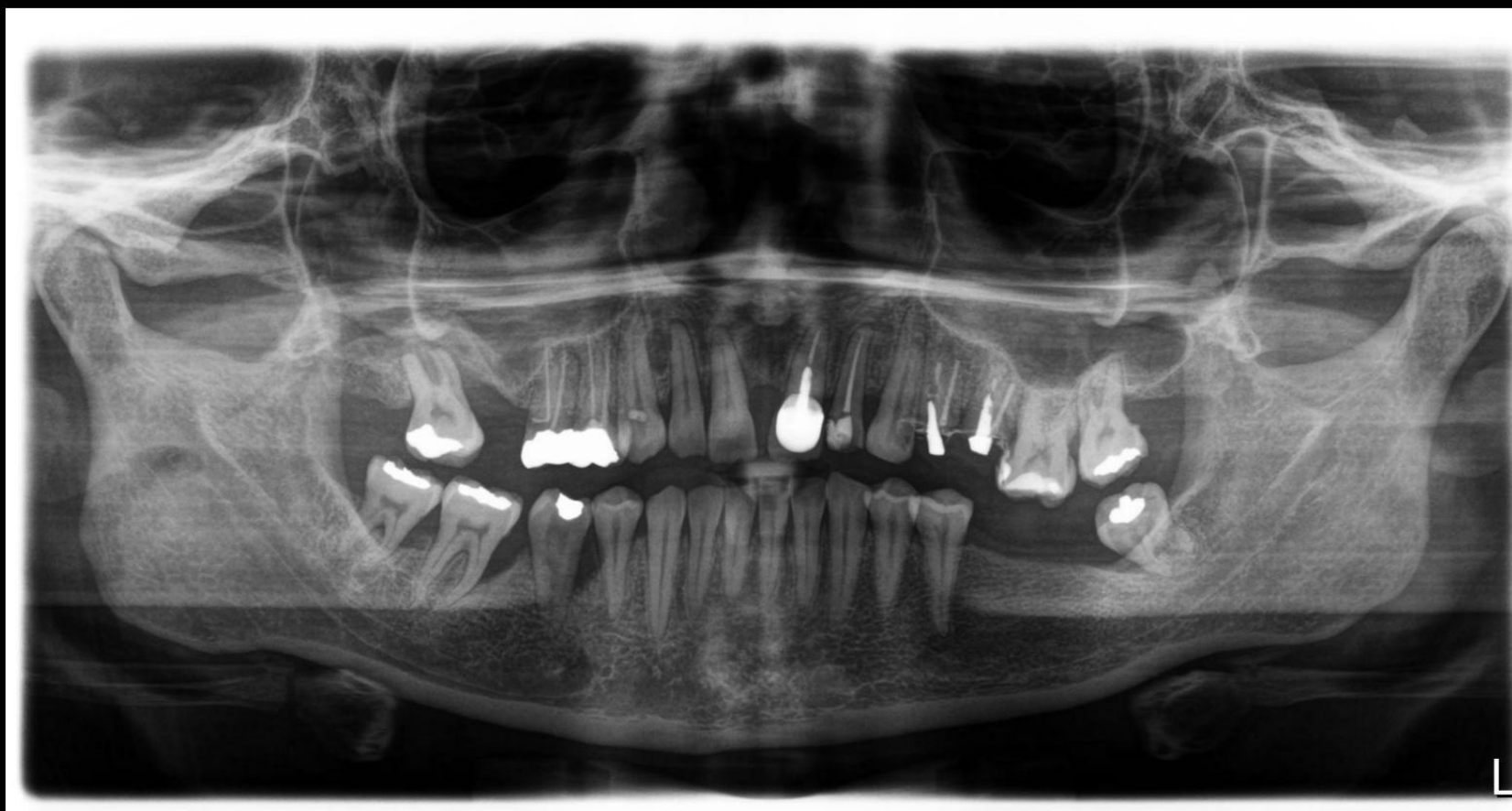
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	---------------------------------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

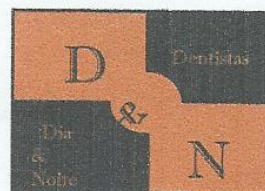
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/07/20
--	---	---	---

Paciente: Marcilene Souza da Silva
Data Nasc.: 25/10/1980
Data Ex.: 02/06/2020
Doutor: Anne Carolinne R. S. Cordeiro
Nº Pedido: 22649
Idade: 39a.7m.





RECEITUARIO

CLINICA DENTISTAS DIA & NOITE LTDA

CRO - 3334/RJ

Marcilene Souza da Silva

Solicito radiografias panorâmicas, de frente,
com finalidade para tratamento per. ortodont.


Dr. Anne Caroline Ribeiro S. Cardoso
Cirurgia Dent. 977
CRO-RJ 41641

RJO, 01/06/20

RUA TEODORO DA SILVA, 678A - TEL.(21)2577-2523

VILA ISABEL - CEP.:20560-001 - RIO DE JANEIRO - RJ

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



318796
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50164718	7-Data Validade da Senha 30/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000016243849		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 706803273041524
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome VANESSA DA COSTA MARQUES FERRE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VANESSA DA COSTA MARQUES FERRE
---	----------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE	27-Número no CRO 16188	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor									
1-00	81000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00									S 01/07/20
2-																
3-																
4-																
5-																
6-																
7-																
8-																
9-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																

03.037.318/0003-05
FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DIGITAL DA FACE LTDA.
Rua da Quitanda, 191 - Sala 804 - 8º Andar
Centro - CEP: 20.091-005
Rio de Janeiro - RJ

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 01/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/07/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/07/20
--	---	---	--



Dra. Lenise Magaly Fonseca e Pires Bezerra
Cirurgiã-Dentista - CRO 11940 RJ

Vanessa da Costa Marques Ferreira

*Exame radiológico periapical completo com
laudo.*

28/05/20
Dra. Lenise Magaly F. P. Bezerra
Cirurgia Dentista
CRO 11940

Lenise Bezerra

Rua Almirante Tamandaré, 66 sala 436 - Catete Center
22758138 - 985274226





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

321137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2016	4-Data de Autorização 05/10/2016	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50165282	7-Data Validade da Senha 03/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000029783952	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 705002810097459	
13-Nome GISELE GONCALVES GOMES		14-Telefone 04/04/1989	15-Nome do titular do plano GISELE GONCALVES GOMES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE		23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	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
1-0081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	14	00
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 da Glosa 42-Assinatura
				S 01/10/2017	Gisele G. Gomes
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 14,00					
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 Profissional Contratado 10/06/2016					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2016 Gisele G. Gomes					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



Paciente: Gisele Gonçalves Gomes Data Nasc.: 04/04/1989
Dentista: Alba Del Rocio Galindo
Data Exame: 10/06/2020 Número Exame: 22680



Cirula Gonçalo Gomes

Solicitado ex periapical do 47
em fins protéticos

Rio, 05/06/20



Dra. Alba Del Rocio Galindo
CRO/RJ 23912



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

322853
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 1 0 / 0 6 / 2 0	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50157412	7-Data Validade da Senha 0 8 / 0 9 / 2 0
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 9 9 8 7 9 9 4		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO NAC DOS ANALISTASTRIB	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703601031647531
13-Nome ANDRE GUSTAVO COSTA DA CUNHA O		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANDRE GUSTAVO COSTA DA CUNHA O	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 16188		19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 2 8 9 2 7 1 4 7 5 3		22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE		23-Número no CRO 16188	24-UF RJ
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	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	0 0 8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO			1
2					2 2 2 0 0
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
				S	0 1 / 0 7 / 2 0
41-Motivo da Glosa		42-Assinatura			
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2 2 2 0 0	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					
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	



**O R A L
C A R E**

oralcareodontologia.com.br

Dr Fabiano Costa
Reabilitação Oral e Prótese
CRO-RJ: 30.331

Dr Fabio Gullo
Implantodontia e Cirurgia Oral
Cirurgia Plástica Gengival
CRO-RJ: 25.195

Drª Fernanda Brito
Periodontia
Professora da UERJ
CRO-RJ: 26.128

Dr Leonardo Torres
Ortodontia e Ortopedia Facial
CRO-RJ: 22.686

Drª Márcia Pereira
Endodontia
CRO-RJ: 29.790

Drª Martha Borges Mendes
Especialista em Prótese
CRO-RJ: 32.402

Drª Michelle Cristianini
Anestesiologia
CRM-RJ: 52.72.999-0

Drª Mônica Israel
Estomatologia e Laserterapia
Professora de Estomatologia UERJ
e São Leopoldo Mandic/RJ
CRO-RJ: 25.366

Drª Sarah A. F. Antero
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo Facial
Estomatologia
CRO-RJ: 25.210

Drª Tatiana Vieira
Ortodontia e Ortopedia Facial
CRO-RJ: 29.803

Dr Willy Kaneko
Reabilitação Oral e Prótese
CRO-RJ: 25.212

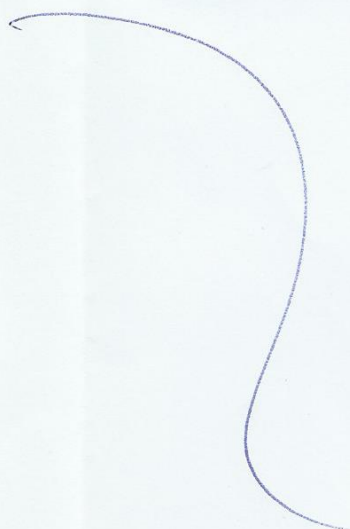
Rua Conde de Bonfim, 255
Saens Peña Medical Center
salas 817 / 818
CEP: 20.520-051 - Tijuca
Rio de Janeiro - RJ
tels: (21) 2234-5874 / 2196-0366
fax: (21) 2196-0367
Cel.: (21) 96423-9606 / 99814-3688

Andre Gustavo C. C. Oliveira

Situação Rx periapical

Completo com intra proximal.

Ind: Diagnostico periodontal.



Dr Fabio Luis Guedes Gullo
Cirurgia Plástica Gengival
Cirurgia Oral & Implantodontia
CRO-RJ 25195

98346.7149



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



324944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/2011	4-Data de Autorização 16/06/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166378	7-Data Validade da Senha 14/09/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00374671000274005		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SEEB - RIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702806647543361
13-Nome SANDRA DE OLIVEIRA RASGA			14-Telefone 21/11/1967	15-Nome do titular do plano SANDRA DE OLIVEIRA RASGA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753		22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE			27-Número no CRO 16188	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabola	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					
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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/2011	52-Data, local e Assinatura do Responsável 16/06/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Paciente: SANDRA DE OLIVEIRA RASGA
Data Ex.: 16/06/2020
Doutor: VIVIAN DE LUCAS





DRA. VIVIAN DE LUCAS
CRORJ 20273

CIRURGIÃ DENTISTA
AUDITORIA | PERICIA JUDICIAL
ODONTOLOGIA DO TRABALHO

laudo de D. Rorça

laudo RX panorâmico.



Rs, 16/06/2020

Dr.ª Vivian de Lucas
Auditora / Perita Judicial
CRO-RJ: 20.273



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

324992
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166396	7-Data Validade da Senha 14/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000025765631	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700102942455911
13-Nome ADRIANA CORREA DE ARAUJO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANA CORREA DE ARAUJO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RVN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	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	25/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

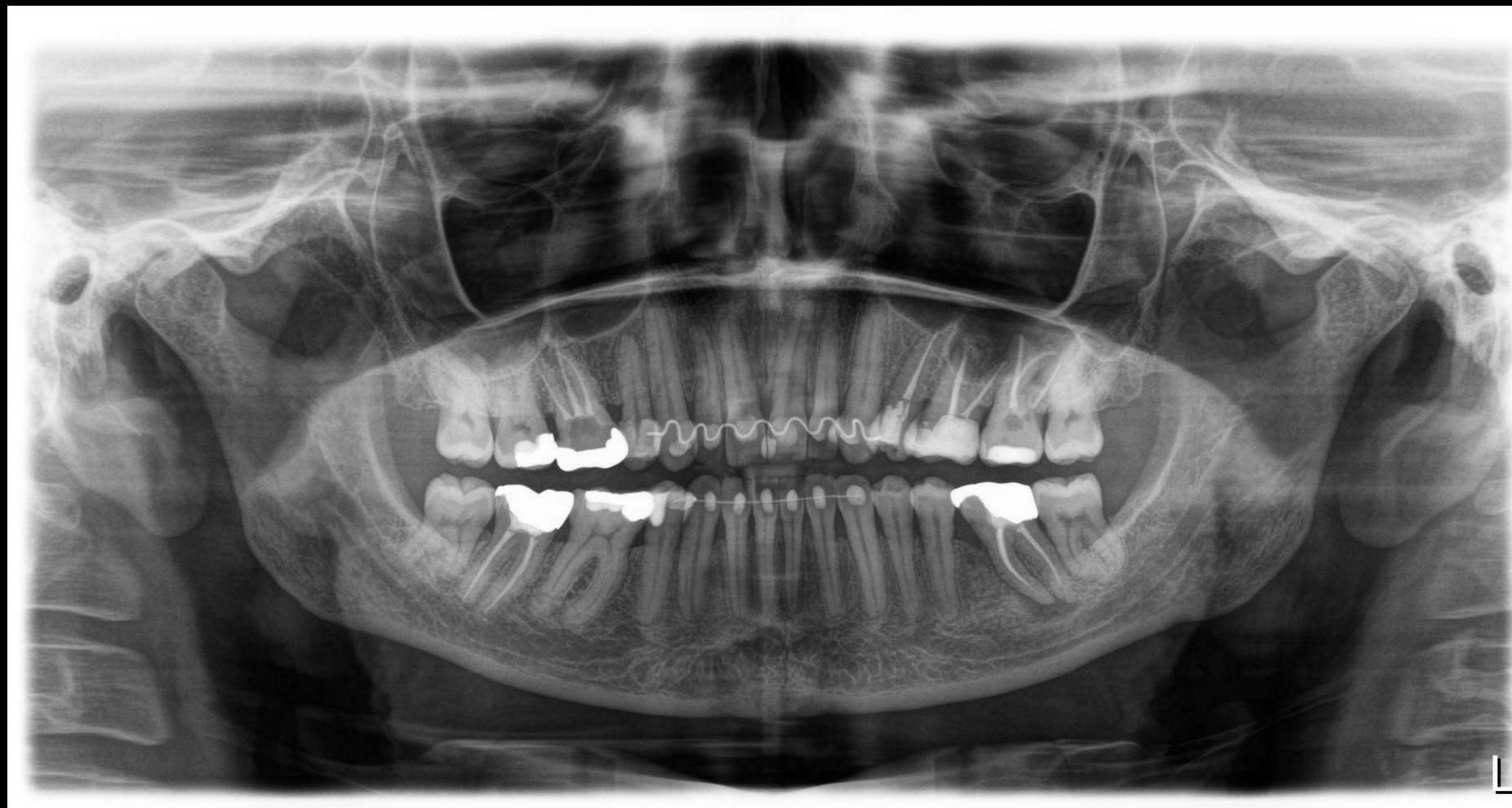
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Paciente: Adriana Correa de Araujo
Data Nasc.: 25/11/1971 **Idade:** 48a.7m.
Data Ex.: 25/06/2020
Doutor: Rubem Neto
Nº Pedido: 22715





Dr. Rubem Fiore Neto

Cirurgião Dentista

CRO 18271-RJ

ADRIANA COLAÇO DE ARAÚJO

SOLICITAÇÃO DE RX
(SEM LAUDO)

RADIOGRAFIA PANORÂMICA

INDICAÇÃO : AVALIAÇÃO 3º MOLARES
(SISOS)

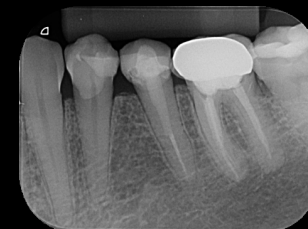
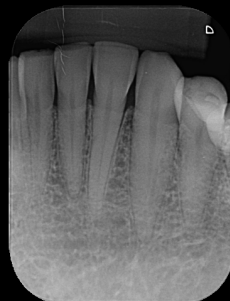
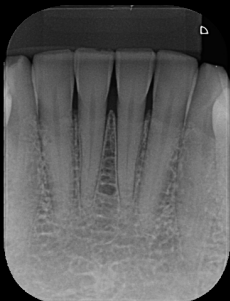
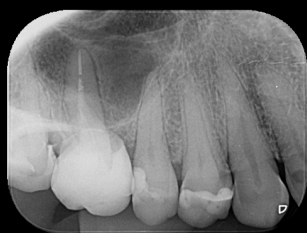
Rio 15/06/20

Rubem F. Neto
Cirurgião Dentista
CRO RJ 18271-4

Rua Cisplatina nº 152 Irajá RJ

☎ 3372-2219 📞 99649-6747





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



327017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2016	4-Data de Autorização 19/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50169247	7-Data Validade da Senha 17/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 003700002022059841	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002836977102
--	--------------------------------	---	--------------------------------------	--

13-Nome ANA LUCIA CUNHA TELLES	14-Telefone 20/10/1961	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA CUNHA TELLES
-----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE	27-Número no CRO 16188	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-Matéria da Cisão	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	00	0,00		S			
2	0081000294	LEVANTAMENTO		1	222	00	0,00		S			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0003-05
FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DIGITAL DA FACE LTDA.
Rua da Quitanda, 191 - Sala 804 - 8º Andar
Centro - CEP: 20.091-005
Rio de Janeiro - RJ

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 30000	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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



ELAINE TEODORO

odontologia & estética

Prezado (a),

Solicito RX Panorâmico e RX periapical completa para Sra. Ana Lúcia Cunha Telles
com finalidade para diagnóstico complementar.

Att,

Dra. Elaine Teodoro Maciel
Cirurgiã-Dentista
CRQ-RJ: 37.692



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

329909
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2016	4-Data de Autorização 25/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172530	7-Data Validade da Senha 23/10/2017							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00379994058474460	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REJANE SOUZA DA SILVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702408543373821								
13-Nome MARCILENE SOUZA DA SILVA		14-Telefone 25/10/1980	15-Nome do titular do plano REJANE SOUZA DA SILVA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD							
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RME							
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-Metodo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	25/10/2016		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	25/10/2016		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	25/10/2016		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
03.037.318/0003-05 FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA. Rua da Quitanda, 191 - Sala 804 - 8º Andar Centro - CEP: 20.091-005 Rio de Janeiro - RJ												
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 250,00		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 25/10/2016			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/10/2016 Marcilene Souza da Silva			53-Data, local e Carimbo da Empresa			



MG ODONTOLOGIA
INTEGRADA

Solicitação Radiográfica

*Solicito radiografia periapical completa e interproximal
para a paciente Marceline Souza da Silva com a
finalidade de avaliação periodontal.*

Lais Christina Pontes Espíndola
Cirurgiã-Dentista
CRO RJ 42723

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020.

Av. Treze de Maio, 45 / 1705 - Centro - RJ
Tels.: (21) 2524-3821 / 2533-8608

Av. N. Sra. de Copacabana, 605 / 503 - Copacabana - RJ
Tels.: (21) 2235-4414 / 2548-4430

www.mgodonto.com.br

Paciente: Marcilene Souza da Silva Data Nasc.: 25/10/1980
Dentista: Dr^a Christina Pontes Espindola
Exame: 30/06/2020 Número Exame: 22724

