OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327455
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 20/06/20 | 20/06/20 | AUTORIZADO | 50171622 | 18/09/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00370002837235 | POS REDE PRESTADORA | 01 ADMINISTRACAO | / / | 705000659068252 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| CRISTIANE RIBEIRO SCAF 19/11/1987 | ( ) - | CRISTIANE RIBEIRO SCAF |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

801 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

**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 - | 00 | 81002944 | LEVANTAMENTO | | | 1 | 222,00 | 0,00 | | S | 20/06/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666- Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP: 22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 20/06/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 222,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 20/06/20 | 20/06/20 | 20/06/20 | 20/06/20 |

Dr. Gustavo Tedesco

ODONTOLOGIA ESTÉTICA | REABILITAÇÃO ORAL

## *Solicitação de Documentação para Alinhadores Estéticos*

***Paciente:*** CRISTIANE RIBEIRO SCAF

Panorâmica Simples
Periapical Completo + Interproximais
Cefalométrica de perfil
Fotografias
- Frente repouso
- Frente sorrindo
- Perfil Direito
- Perfil Sorriso
- Oclusão Anterior
- Oclusão Direita
- Oclusão Esquerda
- Oclusão Superior
- Oclusão Inferior

Modelos Digitais - Escaneamento intraoral

Obs:. ***Enviar exame impresso e CD para o consultório***
***Enviar exame por e-mail: consultoriodrgustavotedesco@gmail.com***

### Clínicas de documentação radiográfica

**RX5**
**Leblon** -Av. Ataulfo de Paiva 135/1.409 – Tel. 2512-7858

**Clínica Radiológica Murilo Torres**
**Ipanema** – Rua Visconde de Pirajá 303 Sala 510 - Tel. 2247-0189/2287-5648

**Data X Radiologia Odontológica**
**Botafogo** - Rua Real Grandeza 108 Sala 119 **Central de Marcação:** 2567-1333 / 2234-1600
**Barra I** – Av. das Américas 7.935 Sala 225 Bloco A (Americas Park)
**Barra II** – Av. das Américas 500 Bloco 13 Loja 124 (Downtown)
**Tijuca** – Rua Santo Afonso 131 Sala 201 (Tijuca Office)

**Barra Laudo Odontologia Diagnóstica**
**Barra da Tijuca** – Rua Dalcídio Jurandir 255 sala132 (Ed. Island Personal Offices) – Tel: 3252-3350

Rio, 16/07/20

Dr. Gustavo Tedesco
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 20845

Dr. Gustavo Tedesco
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 20845

Av. Ataulfo de Paiva 135 grupo 1409 Leblon | Tel: 55 21 2239-6410 | Cel: 99156-2588
consultoriodrgustavotedesco@gmail.com

FACENTER

Paciente: Cristiane Ribeiro Scaf
Dr.(a):Gustavo Tedesco
Data do Ex: 16/07/2020 ID: 9534F

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333786
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 03/07/20 | 03/07/20 | AUTORIZADO | 50174245 | 01/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 003799941061931141 | POS REDE PRESTADORA | UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | / / | 708909705878619 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| RODRIGO FERNANDEZ LABRIOLA 09/04/1968 | ( ) - | RODRIGO FERNANDEZ LABRIOLA |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 073465487100 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

**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 | 00 | 81004015 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA | | | 1 | 78,00 | 0,00 | | S | 03/07/20 | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666- Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP:22.640-902
RIO DE JANEIRO- RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 03/07/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 78,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 03/07/20 | 03/07/20 | 03/07/20 | 03/07/20 |

FACENTER

Paciente: Rodrigo Fernandez Labriola
Dr.(a):Jose Antonio Castro Herrera
Data do Ex: 03/07/2020 ID: 9290

# HARMONICE
ESTÉTICA E BEM ESTAR

- Mestre em Reabilitação Oral
- Especialista em Periodontia e Implantodontia
- American Academy of Periodontology
- Dental Organization for Conciencious Sedation
- Internacional Congress of Oral Implantologists
- Academia Internacional de Periodontia e Implantologia
- Academia Brasileira de Osseointegração
- Academia Internacional de Estética Buco Maxilofacial
- American Academy of Aesthetic Health

MSc. DMD José Antonio C. He
CRO-RJ 21307
Tel.: 021-3285-5442/98185-279

Paciente
Rodrigo Gabriel

Solicito Rx panorâmica e Rx periapical complet

Motivo clínico lesão mandibular e exclusão geral

Rio de Janeiro 2/7/20

Msc. DMD. José Antônio Castro Herrera
CRORJ 21307

clinicasharmonice
clinicasharmonice
21 3285.5442
21 98185.2795

Av. das Américas - nº 2901 - Ap. 101 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 334402
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 06/07/20 | 06/07/20 | AUTORIZADO | 50174462 | 04/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00379994061931141 | POS REDE PRESTADORA | UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | / / | 708909705878619 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| RODRIGO FERNANDEZ LABRIOLA 09/04/1968 | ( ) - | RODRIGO FERNANDEZ LABRIOLA |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

801 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

**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 - | 00 | 81009294 | LEVANTAMENTO | | | 1 | 222,00 | 0,00 | | S | 06/07/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666- Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP:22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 06/07/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 222,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 06/07/20 | 06/07/20 | 06/07/20 | 06/07/20 |

# HARMONICE
ESTÉTICA E BEM ESTAR

- Mestre em Reabilitação Oral
- Especialista em Periodontia e Implantodontia
- American Academy of Periodontology
- Dental Organization for Conciencious Sedation
- Internacional Congress of Oral Implantologists
- Academia Internacional de Periodontia e Implantologia
- Academia Brasileira de Osseointegração
- Academia Internacional de Estética Buco Maxilofacial
- American Academy of Aesthetic Health

MSc. DMD José Antonio C. He
CRO-RJ 21307
Tel.: 021-3285-5442/98185-279

Paciente
Rodrigo Gabriel

Solicito Rx panorâmica e Rx periapical complet

Motivo clínico lesão mandibular e exclusão geral

Rio de Janeiro 2/7/20

Msc. DMD. José Antônio Castro Herrera
CRORJ 21307

clinicasharmonice
clinicasharmonice
21 3285.5442
21 98185.2795

Av. das Américas - nº 2901 - Ap. 101 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro

FACENTER

Paciente: Rodrigo Fernandez Labriola
Dr.(a):Jose Antonio Castro Herrera
Data do Ex: 06/07/2020 ID: 9290

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 335682

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 07/07/20 | 07/07/20 | AUTORIZADO | 50175023 | 05/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 0037000031026551 | POS REDE PRESTADORA | CREF1 11244 | / / | 700008885469609 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| EMANUELA MEIRELLES DE ALMEIDA 16/08/1980 | ( ) - | EMANUELA MEIRELLES DE ALMEIDA |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-RPSE

**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 - | 00 | 81004021 | RX PERIAPICAL | RPSE | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 07/07/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666- Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP:22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 07/07/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 14,00 | 0,00 | , |

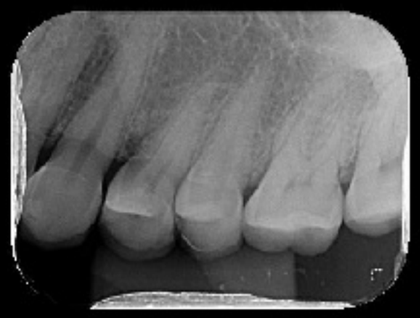
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

FACENTER

Paciente: Emanuela Meirelles de Almeida
Dr.(a):Ana Valeria M D Goncalves
Data do Ex: 07/07/2020 ID: 9373



Dra. Ana Valéria Moragas Dias Gonçalves

Dentista - CRO/RJ 15.740

Para radiologia

Encaminho o (a) paciente

Emanuela M. de Almeida

para Rx periapical 24|25

c/ laudo

Rio, _____.

Obs.

favor enviar imagem e laudo

pf e-mail: ANAVTIJUCA@gmail.com

DRA. ANA VALERIA M.D. GONÇALVES
Dentista
CRO/RJ 15.740

Rio 07/07/20.

Rua Padre Elias Gorayeb, 15/801 - Tijuca - RJ - tel. 3087-5784 / 97656-1394

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336286
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 08/07/20 | 08/07/20 | AUTORIZADO | 50175274 | 06/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 003700002236410 5 | POS REDE PRESTADORA | 01 ADMINISTRACAO | / / | 702403592864022 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| MARCOS BARBOSA DA SILVA 10/01/1985 | ( ) - | DEBORA ALVES ROSA DA SILVA |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

801 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

**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 - | 00 | 81002094 | LEVANTAMENTO | | | 1 | 222,00 | 0,00 | | S | 08/07/2020 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666- Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP:22.640-902
RIO DE JANEIRO-RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 08/07/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 222,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 08/07/20 | 08/07/20 | 08/07/20 | 08/07/20 |

Espaço Família
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Dra. Fabiane F. do Carmo Melo
Responsável Técnica - CRO/RJ 41.529

EPAO3041

Marcos Barbosa da Silva

Solicito Rx periapical completa para avaliação clínica

30/06/20.

Clínica Odontológica Espaço Família Ltda
CNPJ: 10.882.440/0001-73 / EPAO: 3041
Resp Téc. Fabiane Melo CRO-RJ: 41529
Tel: (21) 2415-3081

Rua Agostinho Coelho, 99-A
salas 603 e 604 - Campo Grande - RJ
(Ed. Bel-Air Center)

E-mail: coespacofamilia@gmail.com
Tel.: 2415-3681 / 99964-9583

FACENTER

Paciente: Marcos Barbosa da Silva
Dr.(a):Fabiane F.do Carmo Melo
Data do Ex: 08/07/2020 ID: 9394

**Paciente:** Teresinha de Fatima de J. Rubio
**Data Ex.:** 10/07/2020
**Doutor:** ISABELLA CADILHE

FACENTER

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336880
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 09/07/20 | 10/07/20 | AUTORIZADO | 50175525 | 07/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00379949406458399 | POS REDE PRESTADORA | J C R MELLO CORRET | / / | 700802455796180 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| TERESINHA DE FATIMA DE JESUS R 19/12/1962 | ( ) - | JULIO CESAR RUBIO DE MELLO |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

**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 | 00 | 81004051 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA | | | 1 | 78,00 | 0,00 | 0,00 | S | 10/07/20 | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP:22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 78,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| / / | 10/07/20 | 10/07/20 Teresinha | / / |

# 021 DENTAL

Solicito radiografia panorâmica de paciente Terezinha de Fátima de Jesus Ruiz para planejamento de tratamento inicial

DRA. ISABELLA CADILHE
CIRURGIÃ-DENTISTA
CRO-RJ: 47554

Rio, 19/06/2020

Avenida Almirante Júlio de Sá Bierrenbach, 200, bloco 1 A / sala 235
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ

Consultório
Salete Cabral

Implantodontia e Estética Dental

Um belo sorriso faz a diferença

CRO/RJ 19290

Magdalene Salomao Fonseca

Nasc: 05/06/89

Pedido de Exames Radiograficos: Com Laudo

1)Radiografia Panoramica de face, desenho das estruturas anatomicas,

importantes na regiao de terceiros molares,presentes.

2)Radiografias periapical completa com interproximais.

Entregar em material fotografico e mandar por email: salcabral@yahoo.com.br

Dra Salete Cabral
Cirurgião Dentista
CRO/RJ 19290-6
www.saletecabral.com.br

Dra Salete Cabral

CRO/RJ 19290

Av. das Américas, 3.333 - sala 1.413 - Barra da Tijuca - CEP: 22631-003 / Rio de Janeiro
Tel.: 21 2432-8243 / 2594-4044 / 7822-8318
www.saletecabral.com.br / e-mail: consultorio@saletecabral.com.br

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337666
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 10/07/20
4-Data de Autorização: 13/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50175815
7-Data Validade da Senha: 08/10/20

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira: 0037999406122125 0
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: 01 ADMINISTRACAO
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 706403104041385
13-Nome: MAGDALENE SALOMAO DA FONSECA 05/06/1989
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: MAGDALENE SALOMAO DA FONSECA

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: FACENTER
18-Número no CRO: 25255
19-UF: RJ
20-Código CBO S: 09

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07346548710
22-Nome do Contratado Executante: MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES
23-Número no CRO: 25255
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES
27-Número no CRO: 25255
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 da Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | 00810040 5 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA | | | 1 | 78,00 | 0,00 | | S | 13/07/20 | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP.22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento: 13/07/20
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: 13/07/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/07/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 13/07/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 13/07/20

FACENTER

Paciente: Magdalene Salomão da Fonseca
Dr.(a):Salete Cabral
Data do Ex: 13/07/2020 ID: 9424C

Consultório
Salete Cabral

Implantodontia e Estética Dental

Um belo sorriso faz a diferença

CRO/RJ 19290

Magdalene Salomao Fonseca

Nasc: 05/06/89

Pedido de Exames Radiograficos: Com Laudo

1)Radiografia Panoramica de face, desenho das estruturas anatomicas,

importantes na regiao de terceiros molares,presentes.

2)Radiografias periapical completa com interproximais.

Entregar em material fotografico e mandar por email: salcabral@yahoo.com.br

Dra Salete Cabral
Cirurgião Dentista
CRO/RJ 19290-6
www.saletecabral.com.br

Dra Salete Cabral

CRO/RJ 19290

Av. das Américas, 3.333 - sala 1.413 - Barra da Tijuca - CEP: 22631-003 / Rio de Janeiro
Tel.: 21 2432-8243 / 2594-4044 / 7822-8318
www.saletecabral.com.br / e-mail: consultorio@saletecabral.com.br

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337669
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 10/07/20 | 10/07/20 | AUTORIZADO | 50175816 | 08/10/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00379994061221250 | POS REDE PRESTADORA | 01 ADMINISTRACAO | / / | 706403104041385 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| MAGDALENE SALOMAO DA FONSECA 05/06/1989 | ( ) - | MAGDALENE SALOMAO DA FONSECA |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

801 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

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 | 00 | 81002944 | LEVANTAMENTO | | | 1 | 222,00 | 0,00 | | S | 10/07/20 | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP:22.640-102
RIO DE JANEIRO - RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 10/07/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 222,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 10/07/20 | 10/07/20 | 10/07/20 | 10/07/20 |

FACENTER
Paciente: Magdalene Salomão da Fonseca
Dr.(a):Salete Cabral
Data do Ex: 10/07/2020 ID: 9424C

FACENTER
Paciente: Magdalene Salomão da Fonseca
Dr.(a):Salete Cabral
Data do Ex: 10/07/2020 ID: 9424C

Consultório
Salete Cabral

Implantodontia e Estética Dental

Um belo sorriso faz a diferença

CRO/RJ 19290

Magdalene Salomao Fonseca

Nasc: 05/06/89

Pedido de Exames Radiograficos: Com Laudo

1)Radiografia Panoramica de face, desenho das estruturas anatomicas,

importantes na regiao de terceiros molares,presentes.

2)Radiografias periapical completa com interproximais.

Entregar em material fotografico e mandar por email: salcabral@yahoo.com.br

Dra Salete Cabral
Cirurgião Dentista
CRO/RJ 19290-6
www.saletecabral.com.br

Dra Salete Cabral

CRO/RJ 19290

Av. das Américas, 3.333 - sala 1.413 - Barra da Tijuca - CEP: 22631-003 / Rio de Janeiro
Tel.: 21 2432-8243 / 2594-4044 / 7822-8318
www.saletecabral.com.br / e-mail: consultorio@saletecabral.com.br

OdontoLife®
A tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337875
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 11/07/20 | 11/07/20 | AUTORIZADO | 50175883 | 09/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00379994061225125 | POS REDE PRESTADORA | 01 ADMINISTRACAO | / / | 706403104041385 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| MAGDALENE SALOMAO DA FONSECA 05/06/1989 | ( ) - | MAGDALENE SALOMAO DA FONSECA |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE

**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 | 00 | 81000375 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 11/07/20 | | |
| 2 | 00 | 81000375 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 11/07/20 | | |
| 3 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 4 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 5 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

03.037.318/0004-83
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACENTER
Av. das Américas, n.º 4666- Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca – CEP:22.640-102
RIO DE JANEIRO/RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 11/07/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 28,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 11/07/20 | 11/07/20 | 11/07/20 | 11/07/20 |

FACENTER

Paciente: Jorge Ricardo P Mendes
Dr.(a):Gisele de  Barros Manera
Data do Ex:  18/07/2020  ID: 9584

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340099

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 16/07/20 | 16/07/20 | AUTORIZADO | 50176883 | 14/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00370000012922610 | POS REDE PRESTADORA | ENGEUM GEOLOGIA E | / / | 702105713119998 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| JORGE RICARDO PEREIRA MENDES 08/09/1967 | ( ) - | JORGE RICARDO PEREIRA MENDES |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

801 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

**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 | 081002944 | LEVANTAMENTO | | | 1 | 222,00 | 0,00 | | S | 18/07/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP:22,640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 18/07/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 222,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 18/07/20 | 18/07/20 | 18/07/20 | 18/07/20 |

# *Dra. Gisele de Barros Manera*

Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 28605
Especialista em Endodontia – UERJ
Pós-graduada em Odontologia Estética – UERJ

## PEDIDO DE EXAME RADIOGRÁFICO

Paciente: Jorge Ricardo Pereira Mendes

Solicito para o paciente supra-citado o(s) seguinte(s) exames radiográficos: com laudo

(X)Exame Periapical Completo
( )Radiografia Panorâmica
( )Bite-Wings esquerda e direita

Data: 15 / 07 / 2020

Gisele de Barros Manera
Cirurgiã-Dentista - CRO 28605
Especialista em Endodontia-UERJ

Estrada do Galeão, 1035 sala 213– Ilha do Governador
Tel: 2467-0173 995050173

FACENTER

Paciente: Cristiane Ribeiro Scaf
Dr.(a):Gustavo Tedesco
Data do Ex: 16/07/2020 ID: 9534F

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340456

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 16/07/20 | 16/07/20 | AUTORIZADO | 50177038 | 14/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00370000028372355 | POS REDE PRESTADORA | 01 ADMINISTRACAO | / / | 705000659068252 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| CRISTIANE RIBEIRO SCAF 19/11/1987 | ( ) - | CRISTIANE RIBEIRO SCAF |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

801 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

Enviar - RX
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

**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 - | 00 | 81000375 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 16/07/20 | | |
| 2 - | 00 | 81000375 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 16/07/20 | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP:22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 16/07/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 28,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 16/07/20 | 16/07/20 | 16/07/20 | 16/07/20 |

Dr. Gustavo Tedesco

ODONTOLOGIA ESTÉTICA | REABILITAÇÃO ORAL

## *Solicitação de Documentação para Alinhadores Estéticos*

***Paciente:*** CRISTIANE RIBEIRO SCAF

Panorâmica Simples
Periapical Completo + Interproximais
Cefalométrica de perfil
Fotografias
- Frente repouso
- Frente sorrindo
- Perfil Direito
- Perfil Sorriso
- Oclusão Anterior
- Oclusão Direita
- Oclusão Esquerda
- Oclusão Superior
- Oclusão Inferior

Modelos Digitais - Escaneamento intraoral

Obs:. ***Enviar exame impresso e CD para o consultório***
***Enviar exame por e-mail: consultoriodrgustavotedesco@gmail.com***

### Clínicas de documentação radiográfica

**RX5**
**Leblon** -Av. Ataulfo de Paiva 135/1.409 – Tel. 2512-7858

**Clínica Radiológica Murilo Torres**
**Ipanema** – Rua Visconde de Pirajá 303 Sala 510 - Tel. 2247-0189/2287-5648

**Data X Radiologia Odontológica**
**Botafogo** - Rua Real Grandeza 108 Sala 119 **Central de Marcação:** 2567-1333 / 2234-1600
**Barra I** – Av. das Américas 7.935 Sala 225 Bloco A (Americas Park)
**Barra II** – Av. das Américas 500 Bloco 13 Loja 124 (Downtown)
**Tijuca** – Rua Santo Afonso 131 Sala 201 (Tijuca Office)

**Barra Laudo Odontologia Diagnóstica**
**Barra da Tijuca** – Rua Dalcídio Jurandir 255 sala132 (Ed. Island Personal Offices) – Tel: 3252-3350

Rio, 16/07/20

Dr. Gustavo Tedesco
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 20845

Dr. Gustavo Tedesco
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 20845

Av. Ataulfo de Paiva 135 grupo 1409 Leblon | Tel: 55 21 2239-6410 | Cel: 99156-2588
consultoriodrgustavotedesco@gmail.com

OdontoLife®

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340459

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 16/07/20 | 16/07/20 | AUTORIZADO | 50177039 | 14/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00370000283723555 | POS REDE PRESTADORA | 01 ADMINISTRACAO | / / | 705000659068252 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| CRISTIANE RIBEIRO SCAF 19/11/1987 | ( ) - | CRISTIANE RIBEIRO SCAF |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

801 - Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 81000405

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

**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 | 00 | 81004015 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA | | | 1 | 78,00 | 0,00 | | S | 16/07/20 | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, nº 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP:22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 78,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| / / | 16/07/20 | 16/07/20 | / / |

**Paciente:** Cristiane Ribeiro Scaf
**Data Nasc.:** 19/11/1987
**Data Ex.:** 27/07/2020
**Doutor:** Gustavo Tedesco
**Nº Pedido:** 9730
**Idade:** 32a.8m.

FACENTER

AV. Visconde de Piraja, 550, Sala 322 - Ipanema - RJ

Dr. Gustavo Tedesco

ODONTOLOGIA ESTÉTICA | REABILITAÇÃO ORAL

## *Solicitação de Documentação para Alinhadores Estéticos*

***Paciente:*** CRISTIANE RIBEIRO SCAF

Panorâmica Simples
Periapical Completo + Interproximais
Cefalométrica de perfil
Fotografias
- Frente repouso
- Frente sorrindo
- Perfil Direito
- Perfil Sorriso
- Oclusão Anterior
- Oclusão Direita
- Oclusão Esquerda
- Oclusão Superior
- Oclusão Inferior

Modelos Digitais - Escaneamento intraoral

Obs:. ***Enviar exame impresso e CD para o consultório***
***Enviar exame por e-mail: consultoriodrgustavotedesco@gmail.com***

### Clínicas de documentação radiográfica

**RX5**
**Leblon** -Av. Ataulfo de Paiva 135/1.409 – Tel. 2512-7858

**Clínica Radiológica Murilo Torres**
**Ipanema** – Rua Visconde de Pirajá 303 Sala 510 - Tel. 2247-0189/2287-5648

**Data X Radiologia Odontológica**
**Botafogo** - Rua Real Grandeza 108 Sala 119 **Central de Marcação:** 2567-1333 / 2234-1600
**Barra I** – Av. das Américas 7.935 Sala 225 Bloco A (Americas Park)
**Barra II** – Av. das Américas 500 Bloco 13 Loja 124 (Downtown)
**Tijuca** – Rua Santo Afonso 131 Sala 201 (Tijuca Office)

**Barra Laudo Odontologia Diagnóstica**
**Barra da Tijuca** – Rua Dalcídio Jurandir 255 sala132 (Ed. Island Personal Offices) – Tel: 3252-3350

Rio, 16/07/20

Dr. Gustavo Tedesco
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 20845

Dr. Gustavo Tedesco
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 20845

Av. Ataulfo de Paiva 135 grupo 1409 Leblon | Tel: 55 21 2239-6410 | Cel: 99156-2588
consultoriodrgustavotedesco@gmail.com

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344460

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 23/07/20 | 23/07/20 | AUTORIZADO | 50178506 | 21/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00370000016820781 | POS REDE PRESTADORA | 01 ADMINISTRACAO | / / | 700907990829092 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| RAFAEL BARCELLOS BARBOSA 03/09/1982 | ( ) - | GRAZIELLE SICILIANO BARCELLOS |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

801 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

**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 | 00 | 81000294 | LEVANTAMENTO | | | 1 | 222,00 | 0,00 | | S | 23/07/20 | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-68 FACENTER CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA. Av. das Américas, nº 4666 - Sala 406 Centro Médico II - Barra shopping Barra da Tijuca – CEP 22.640-902 RIO DE JANEIRO - RJ

03.037.318/0004-68 FACENTER CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA. Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406 Centro Médico II - Barra shopping Barra da Tijuca – CEP 22.640-902 RIO DE JANEIRO

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 222,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| / / | 23/07/20 | 23/07/20 | / / |

# ORTODONTIA

Dr. André Sá Novaes
ORTODONTISTA
CRO 34184

Rafael Barcellos Barbosa

- Pedido de Rx Periapical completa

- Finalidade:
Tratamento Restaurativo e Ortodôntico

Dr. André Sá Novaes
Ortodontista
CRO: 34.184

RJ, 22.07.20

Rua Arquias Cordeiro, 324 sala 714 – Méier
Tel.: 2241-0148 – Tel/Fax: 2218-5826
Av. José da Silva de Azevedo Neto, 200 sala 340 - Bloco 6 - Forest - Barra da Tijuca
Tel.: 3500-5237 – Cel.: 98124-5707
E-mail: andrenovaes@me.com - andrefjv@gmail.com

FACENTER

Paciente: Rafael Barcellos Barbosa
Dr.(a):Andre Sa Novaes
Data do Ex: 27/07/2020 ID: 9686F

OdontoLife®

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 345185
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 24/07/20 | 24/07/20 | AUTORIZADO | 50178814 | 22/10/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00370000026913340 | POS REDE PRESTADORA | CREF1 11244 | / / | 705202476654977 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| CLAUDIA BEATRIZ PESSANHA BAZAN 10/02/1967 | ( ) - | CLAUDIA BEATRIZ PESSANHA BAZAN |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | FACENTER | 25255 | RJ | 09 |

801 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 07346548710 | MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES | 25255 | RJ | |

**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 - | | 00810029 4 | LEVANTAMENTO | | | 1 | 222,00 | 0,00 | | S | 24/07/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666, Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca — CEP: 22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

| 43-Data Previsão 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 222,00 | 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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| / / | 24/07/20 | 24/07/20 | / / |

Odonto Liebe
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

# CLÍNICA ODONTOLÓGICA
# ODONTO LIEBE

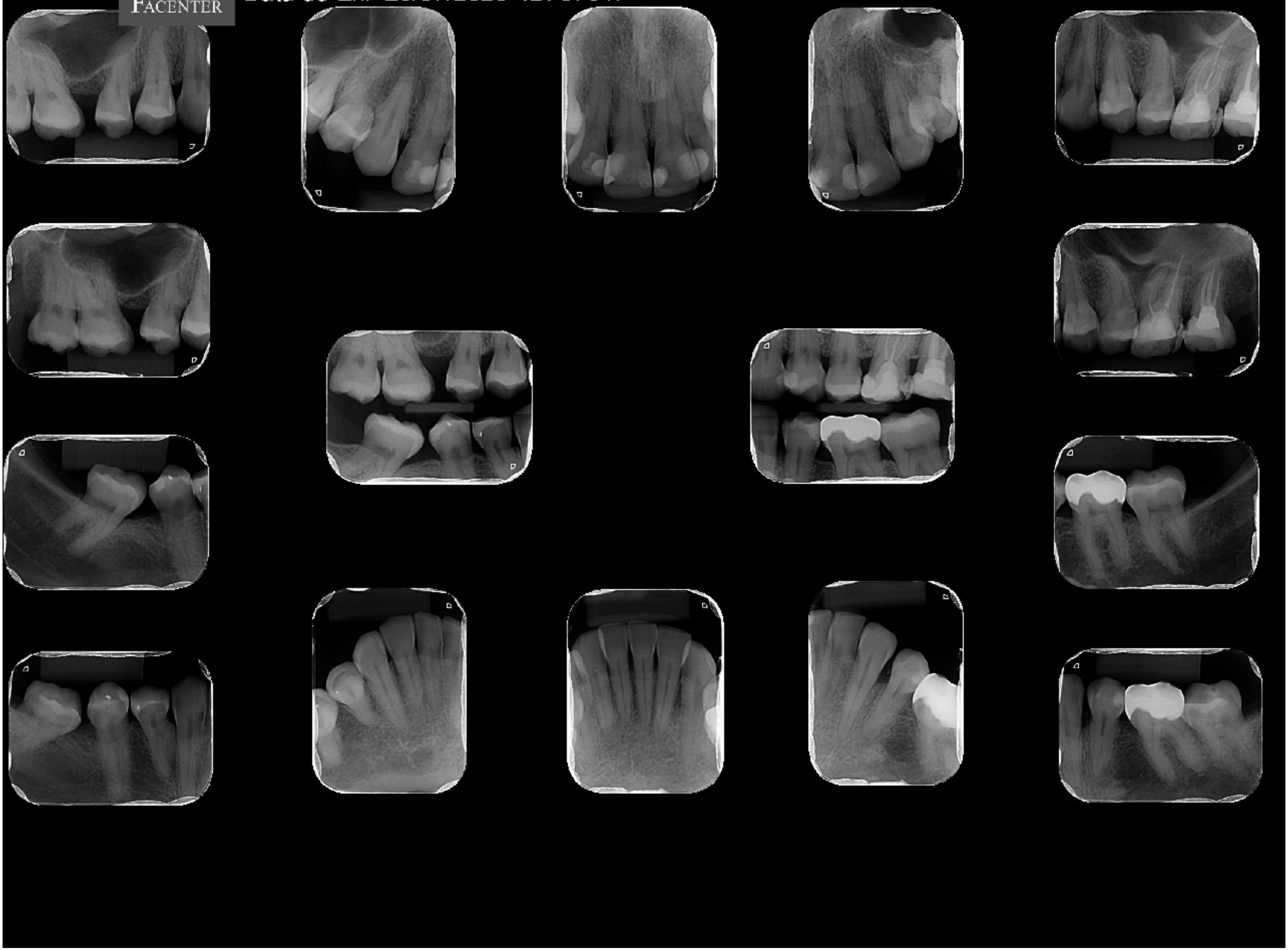
Claudia Beatriz P. Bazana

Solicito exame Rx periapical completo para avaliação de lesões cariosas.

Dra. Vivian Ligório
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 49455

Rio 24/04/20

Rua Conde de Bonfim, 44 sala 1203 – Tijuca – 20520-053 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 3439.4493 Cel.: (21) 99214.1164 – E-mail: odontoliebe@gmail.com

FACENTER

Paciente: Claudia Beatriz Pessanha Bazana
Dr.(a):Vivian Ligorio
Data do Ex: 28/07/2020 ID: 9751F