

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



407691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202437	7-Data Validade da Senha 27/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000010944934		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 704103150669770
13-Nome BRENDA GUERRA DE BARROS E VASC			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRENDA GUERRA DE BARROS E VASC	

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	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/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	04/11/20		x
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	04/11/20		x
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	04/11/20		x
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	04/11/20		x
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, n.º 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 328,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

RA

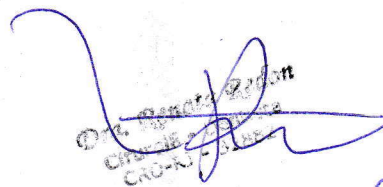
Dra Renata Redon

Cirurgiã - Dentista
Reabilitação Oral
DTM e Dor Orofacial
CRO-RJ 32882

Drenda Guerra de Barros

Scheto Rx:

- panorâmico completo + BW
- panorâmica


Dra Renata Redon
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ 32882

04.11.2020

Rua Visconde de Pirajá, 550 – Sala 1903 – Ipanema – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: 2135-4095 / 97965-4232 / 98636-6526

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



407086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 28/10/20		4-Data de Autorização 28/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50202254		7-Data Validade da Senha 26/10/21		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00379994062038432				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa STEWART ENGENHARIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708208665778045		
13-Nome TIAGO DOS SANTOS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano TIAGO DOS SANTOS				
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		
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						29-Código CBO S		30-UF RJ		31-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	03/11/20		
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, n.º 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 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 / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
--	--	--	--	--	--	--	--



Paciente: Luiz do Santos

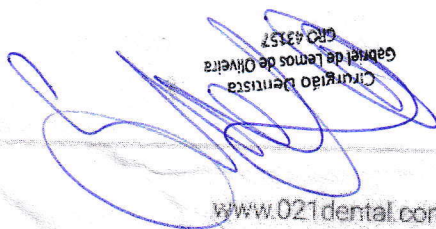
Solicito:

- ☒ (Y) RX panorâmico
- ☐ () RX Bitewing Posterior _____
- ☐ () RX periapical do Elemento _____
- ☐ () Tomografia Cone BEAN Região _____

Para avulsão 3º molar

RJ 30 / 9 / 29

Rua Conde de Porto Alegre, 477 – Sala 908 – Duque de Caxias, 25 de Agosto.


Cirurgião Dentista
CBO 43157
Gabriel de Lencos de Oliveira

www.021dental.com.br



410252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50203412	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000000703101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VILA NIZA ARMARINH	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706800238304120
13-Nome ANGELICA SANTOS RICHE 15/03/1980			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIAS JOAO RICHE NETO	

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) 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	01/12/20		
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, n.º 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 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 01/12/20	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 01/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



AFFONSO
ODONTOLOGIA

Dr. Paulo Roberto A. Affonso

Cirurgião Bucomaxilofacial | CRO 23508

Dra Adrianna M. F. R. Affonso

Clínica Geral | Ortodontista | CRO 26266

Paciente: Angélica Santos.

Solicitado

Radiografia

Panorama, com

leusio.

*Dr. Paulo Roberto A. Affonso
Cirurgião Bucomaxilofacial
CRO: 23508*

Rua Dois de Dezembro 78, 801 | Flamengo

Tel 3086 8183 | 97519 2587

Email affonsoodontologia@gmail.com



410557
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203497	7-Data Validade da Senha 01/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994061919664	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 706106895208030	
13-Nome KRYSLAINE MACHADO DE ALMEIDA D		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KRYSLAINE MACHADO DE ALMEIDA D		
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) 81000421-RIS (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE	27-Número no CRO 16188	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421-RII (I) 81000375-RMD	

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-	0091000100	DOCUMENTACAO			1	313,00	0,00		S	06/11/20		x
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	06/11/20		-
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	06/11/20		x
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	06/11/20		x
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	06/11/20		x
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, n.º 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 369,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--



"A odontologia de qualidade ao seu alcance".

Sra Kryslaine dos Santos

Pedido de documentação para invisalign

Rx panoramico

Rx cefalomentrico de perfil

Tracado usp, steiner, tweed

Fotos extra orais. Frente, frente sorrindo, perfil direito e esquerdo

Fotos intra orais . oclusao anterior, direita, esquerda, oclusal superior, oclusal inferior, overjet

Modelos impressos

Scaneamento intraoral para invisalign


Dr Gerson Forgiarini

03-11-2020

Dr. Gerson T. Forgiarini

CRO/RS 8851. CRO/RJ 28347

☎ 21 2521-8286 / 2523-8722 Rua Visconde de Pirajá, 111-709 Ipanema - RJ

☎ 55 3412-4406 / 9944-0610 Rua treze de maio, 1691-701 Uruguaína- RS

Email :gerat@ig.com.br whats app (21) 98073 6891



408938
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202844	7-Data Validade da Senha 28/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0037994061969670		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JUMP SERVICOS GRAF	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703400321000000
13-Nome RANYERI MARCONI DOMINGUES DE A			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano RANYERI MARCONI DOMINGUES DE A	

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 (II) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE				27-Número no CRO 16188	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	10/11/20		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	10/11/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	10/11/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

3.037.318/0003-05
FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DIGITAL DA FACE LTDA.
Rua de Quilanda, n.º 191 - Sala 804 - 8º Andar
Centro - CEP: 20.091-005
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/12	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 10/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/20

Dra. Cristina Maria Loureiro Aguiar Henriques
Dentística Restauradora / Odontologia Estética
CRO/RJ 20397

Ranieri M. D. de Azevedo

Paciente supracitado(a) com indicação de
exame radiodôntico +2Rx BW para melhor
plano de tratamento.

?



Cristina Maria L. A. Henriques
Cirurgiã - Dentista
CRO/RJ 20397

Rua do Catete, 311 - Sala 417 - Ed. São Luiz - Catete / Largo do Machado
22220-001 - Rio de Janeiro - RJ - Fone: (21) 3442.0856 - ☎ 99349.4968
E-mail: cristina.dentista@yahoo.com.br

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



415088
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/11/20		4-Data de Autorização 09/11/20		5-Senha CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 8036392		7-Data Validade da Senha 07/02/21		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020252813840000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LEONARDO APRIGIO DE ALMEIDA						14-Telefone 18/03/1995		15-Nome do titular do plano RODNEY TINOTHEO CHUFF				
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		
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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	01/12/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	01/12/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	01/12/20		
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, n.º 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 42,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	---------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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

49-Observação

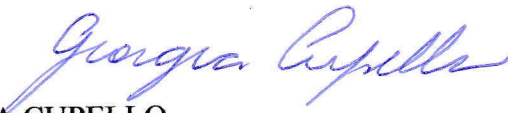
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dra. Georgia Cupello

CRO- RJ 21247
Cirurgiã Dentista

Leonardo Apregio de Almuda,
Solução exame radiográfico
1º Doca com gengiva inflamada
4º incluso
3º semi incluso (aumento de coroa
ou gengivite crônica).

RIO DE JANEIRO, 04 novembro DE 2020


DRA GEORGIA CUPELLO

CPF 963 731 137

Dra Georgia Cupello
CPF: 963.731.137-87
CRO-RJ 21247

Av. Presidente Vargas 633, sala 1602- Centro, Rio de Janeiro. Tel.: 2532.5187



411856
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2019	4-Data de Autorização 05/11/2019	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50203864	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994066063903		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALIVIDA CONSULTO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702100780452593
13-Nome NATACHA DE JESUS CASSOMA DIOGO			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano NATACHA DE JESUS CASSOMA DIOGO	

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) 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		

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	01/12/20	
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			S	01/12/20	
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, n.º 191 - Sala 304 - 8.º Andar
Centro - CEP:20.091-005
RIO DE JANEIRO-RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/20	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 300,00	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 12/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/20
---	---	---	---

021 DENTAL

Nome completo: *Natasha de Jesus Canoneiro Diogo*

Solicito exame radiológicos abaixo:

LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO) – ASAI

→ RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA) – ASAI + *Periapical compêlta*

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITEWING – RME

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITEWING – RMD

TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DO TIPO CONE BEAM

REGIÃO _____

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA – ASAI

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

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

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

MODELO DE ESTUDO ZOOCALADO E POLIDO.

Justificativas:

✓ Plano de tratamento inicial

✓ Investigação de cáries

Avaliação de terceiros molares

Avaliação de possíveis fraturas

Avaliação para tratamento ortodôntico

Avaliação para tratamento reabilitador

Avaliação periodontal

Drª Adriana G. B. Abreu
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 49576

Rua Uruguaiana Nº10 sala 1706 – Centro RJ



415664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205017	7-Data Validade da Senha 08/02/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000027100513	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALIANÇA ADMINISTRADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708905704007114
13-Nome MARCELA CARVALHO DE PAULO DE A		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano MARCELA CARVALHO DE PAULO DE A	

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	13/11/2012		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	13/11/2012		
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, n.º 191 - Sala 004 - 8º Andar
Centro - CEP:20.091-005
RIO DE JANEIRO- RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/12	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 300,00	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, 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

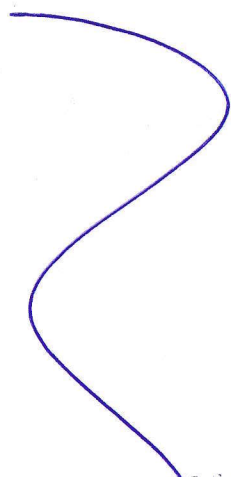
50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2012	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2012	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2012	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 13/11/2012
---	---	---	---



Clínica Odontológica Odonto Prime

Marcela Carvalho de Paulo

Solicito raio x panorâmico



Dr. Diego S. Santos
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RJ 41034

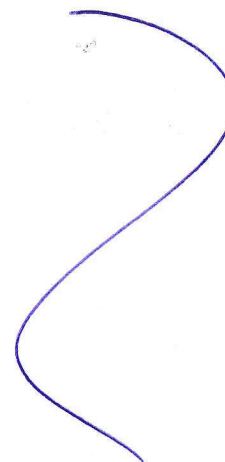
Rua Sete de Setembro 124 – sobreloja Telefone: (21) 3162-4880



Clínica Odontológica Odonto Prime

Marcela Carvalho de Paulo

Solicito raio x periapical completo



Dr. Diego S. Santos
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RJ 41034

Rua Sete de Setembro 124 – sobreloja Telefone: (21) 3162-4880



416281
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50205202	7-Data Validade da Senha 09/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994065962467	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700605450649567
13-Nome ALLANDERSON DA SILVA FERNANDES		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ALLANDERSON DA SILVA FERNANDES	

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-Tabula	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	01/12/20		
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 do Quitande, n.º 191 - Sala 804 - 8º Andar
Centro - CEP: 20.091-005
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/20	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 11/11/20	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/20 x Allanderson	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 11/11/20
---	---	---	---

03/11/2020

Receituário

Solicitação de Exame
Paciente: Allan Anderson da Silva

Solicito radiografia panorâmica de
paciente para avaliação de 3º molares.


Dr. Marcos R. C. Camilo
Cirurgião - Dentista
CRC-RJ 49148

Endereço: Rua Marques de Abrantes,

Número 27-sala 302, Flamengo

Tel. 2263-8960 www.021dental.com.br



416312
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50205216	7-Data Validade da Senha 09/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00379994064499062	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa QUALIVIDA CONSULTO	11-Data Validade da Carteira 11/11/21
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703405604137400	
13-Nome MARCELLI MENEZES DE SOUZA	14-Telefone (11) 24021991
15-Nome do titular do plano MARCELLI MENEZES DE SOUZA	

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	21-801 - Faturar Empresa
22-Código CNES	23-Enviar - RX (I) 81000405
24-UF RJ	25-Código CBO S
26-UF RJ	27-Número no CRO 16188
28-UF RJ	29-Código CBO S
28-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE	

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 Closs	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	01/12/20		
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 do Quitanda, n.º 191 - Sala 804 - 8º Andar
Centro - CEP: 20.091-005
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21	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 17/11/20	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

021 DENTAL

Nome completo: *Marceli Marques de Souza*

Solicito exame radiológicos abaixo:

LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO) – ASAI

→ RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA) – ASAI

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITEWING – RME

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITEWING – RMD

TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DO TIPO CONE BEAM

REGIÃO _____

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA – ASAI

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

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

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

MODELO DE ESTUDO ZOOCALADO E POLIDO.

Justificativas:

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

Rio, 11/11/20
Dr. Adriana G. B. Abreu
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 49576

Rua Uruguaiana Nº10 sala 1706 – Centro RJ


405110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2010	4-Data de Autorização 21/01/2010	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50201705	7-Data Validade da Senha 24/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IBBCA CRP 25760	11-Data Validade da Senha 24/01/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703609016503432
8-Número da Carteira 00370000012177698		13-Nome JULIA MENNA BARRETO MARQUES 10/05/1977		14-Telefone (11) - - - - -	
15-Nome do titular do plano JULIA MENNA BARRETO MARQUES					

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 (I) 81000375-RMD
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188		28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS (I) 81000375-RME (I) 81000421-RII	

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		S	01/12/2010		
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	01/12/2010		
3-0081000421		RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	01/12/2010		
4-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	01/12/2010		
5-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	01/12/2010		
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, n.º 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 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

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

- ☐ Embratel / PAME
- ☐ Petrobrás
- ☐ GEAP
- ☐ Saúde Caixa
- ☐ Eletrosauúde
- ☐ Uniodonto
- ☐ Vale / PASA
- ☐ F. Real Grandeza



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

422764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207365	7-Data Validade da Senha 17/10/21																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Número da Carteira 000373441000100007	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNI-RIO	11-Data Validade da Carteira 17/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705803430987936																																															
13-Nome MALKE ADLER		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MALKE ADLER																																																
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	(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME																																														
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado																																																			
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	24/11/20																																									
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	24/11/20																																									
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	24/11/20																																									
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	24/11/20																																									
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 do Quitanda, n.º 191 - Sala 304 - 8º Andar Centro - CEP: 20.091-005 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		328,00		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 24/11/20													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20													53-Data, local e Assinatura da Empresa 24/11/20												



Dr. João G. Teixeira de Carvalho

Especialista em Prótese Dentária
Especialista em Implantodontia
CRO RJ 31278

Paciente: Make Adler

Exames Radiográficos Complementares:

- Periapical completo com Bitwings;
- Panorâmico com Ampliação constante dos Maxilares.

Rio 18.11
1020

Dr. João G. Teixeira de Carvalho
Cirurgião - Dentista
CRO RJ 31278

Assinatura do Profissional

Rua Visconde de Pirajá 580, Loja 307 - CEP: 22410-002
Rio de Janeiro - RJ - Fone: (21)2522-3146 / (21)99241-4140 E-mail: joagtc@hotmail.com



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

426839
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208321	7-Data Validade da Senha 22/10/21										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0037000032060397	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SDR DATA GESTAO DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700004588101808											
13-Nome SERGIO RICARDO RODRIGUES ALVES		14-Telefone 22/11/1974	15-Nome do titular do plano SERGIO RICARDO RODRIGUES ALVES												
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 (f) 81000421-										
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/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura			
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	30/11/20		x p			
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-Ortodomia 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 30/11/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/20			

Dra. Rachel Maria S. Soares
Ortodontia - Clínica Geral
CRO 21767

Do sr. Sérgio Ricardo Fernandes Alves

Re parapiqual elementos 46 ao 48
(prova de dente)


Rachel Maria S. Soares
Cirurgã-Dentista
CRO-RJ 21767

Rua Conde de Bonfim, 375/609 (em frente a Leader)
Tels. 99952-7952 / 2268-4820