



318760
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157304	7-Data Validade da Senha 30/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005135877365	
8-Número da Carteira 00379994059156276				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VANESSA PINHEIRO DE QUEIROZ NE			
13-Nome ISABELLA PINHEIRO DE QUEIROZ N				16/09/2016					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACECENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
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	Enviar - RX (I) 81000421-
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-Tabella	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	RMSE		1	14,00	0,00		S			03/06/20
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0004-88
FACECENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra Shopping
Barra da Tijuca - CEP 22640-902
Rio de Janeiro - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/06/20	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 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 03/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa Av. das Américas, 4666 - Sala 406 Centro Médico II - Barra Shopping Barra da Tijuca - CEP 22640-902 Rio de Janeiro - RJ
---------------	---	---	---	---



Paciente: Isabela Pinheiro de Queiroz Neves
Dr.(a): Vanessa Queiroz
Data do Ex: 03/06/2020



Isabella P.Q. Neves

Solicitado

Rx periapical do
elemento 65

Drª Vanessa Queiroz
Gastroenterologia / Hepatologia
CRM - 52.90874-6

[Signature]



328412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/06/20	4-Data de Autorização 23/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50171970	7-Data Validade da Senha 21/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037994063357434		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 706408661563887
13-Nome TATIANNA RODRIGUES DE MORAES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TATIANNA RODRIGUES DE MORAES	

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
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	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255		28-UF RJ	29-Código CBO S		(I) 81000375-RME (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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	23/06/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	23/06/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	23/06/20		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	23/06/20		
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 402
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
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 23/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Paciente: Tatianna Rodrigues de Moares
Data Nasc.: 29/09/1975 **Idade:** 44a.8m.
Data Ex.: 23/06/2020
Dentista: Karla Burchardt
Nº O.S.: 8830



