



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N*

359787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/2019	4-Data de Autorização 19/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185159	7-Data Validade da Senha 17/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000016395991	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 704205723092788	
13-Nome ANA LUCIA DRUMOND ALEGRIA		14-Telefone 18/09/1953	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA DRUMOND ALEGRIA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000294		LEVANTAMENTO			1
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
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\$					
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					

Bruno Magalhães Reis
Cirurgião Dentista
CRO/RJ-23805

359787

Unimed

Sra. Ana Lucia Alegria

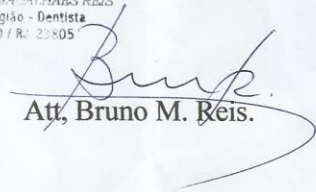
Solicito exame radiográfico c/ laudo:

1) Periapical Completo c/ Interproximais Esq. e Direita.

- *O exame radiográfico é necessário para auxiliar no diagnóstico, a fim de elaborar um plano de tratamento.*

Riv, 12/08/2020.

BRUNO MAGALHÃES REIS
Cirurgião - Dentista
CRO / RJ - 23805


Att, Bruno M. Reis.



355922
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012		4-Data de Autorização 13/08/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50183597		7-Data Validade da Senha 10/11/2012	
8-Número da Carteira 00372362000327312				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SICREDI RIO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706009823036245	
13-Nome BEATRIZ LAUREN STEFFENS				14-Telefone 25/03/2008		15-Nome do titular do plano RUI ANDRE STEFFENS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 16328		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783		22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		23-Número no CRO 16328		24-UF RJ		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPE	
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328		28-UF RJ		29-Código CBO S				(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD	
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	13/08/2012	
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	13/08/2012	
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	13/08/2012	
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	13/08/2012	
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	13/08/2012	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 134,00		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 13/08/2012			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2012			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		



MARIA EUGENIA VITALE
CIRURGIÃ DENTISTA
ORTODONTIA - ODONTOPEDIATRIA
CRO-RJ 16.367

Fones: 99999.0774 /2236.2986/ 99999.8751 Watsap

PACIENTE : BEATRIZ LAUREN STEFFENS

SOLICITO:

- RX Panorâmico
- Bite-Wings Pré-molares e Molares

Indicação Clínica:

Pesquisa de cárie e doença periodontal

18-08-2020

M. Eugenia Vitale
Drª Maria Eugenia Vitale
Cirurgã Dentista
CRO/RJ 16.367



360793
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/2012	4-Data de Autorização 21/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185626	7-Data Validade da Senha 18/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUIMBAYA TOURS BRA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703409469940100	
13-Nome BIANCA FARIAS VICTORIA		30/08/1992		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano BIANCA FARIAS VICTORIA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16328		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		23-Número no CRO 16328		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783		22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328		28-UF RJ		29-Código CBO S (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME	
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES									

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	21/08/2012		X
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	21/08/2012		X
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	21/08/2012		X
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	21/08/2012		X
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0001-35

FACENTER - CENTRO DE
DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE (TOD)

Rua Visconde de Pirajá, 550 - Sala 322
Ipanema - CEP 22.410-002
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 21/08/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/2012 Bianca S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Victoria

Bianca Farias Victória

* Solicito

- Rx Periapical completo
- Bite Wings - lado direito e esquerdo
- Rx Panorâmica

* Motivo

- Diagnóstico e Planejamento

Giovana Passaline
Cirurgia Dentária
CRO-RJ 24496

10.08.2020

giovana.passaline@gmail.com

21 2178-2011 / 21 3988-5515
CEL 21 97580-4040

Av. Evandro Lins e Silva, 840
Sala 1812 - Office Tower
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

352531
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2010	4-Data de Autorização 06/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182138	7-Data Validade da Senha 04/11/2010							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00370000012675728	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 700508597357657								
13-Nome DEBORAH VERCILLO DE ALMEIDA		14-Telefone 24/12/1954	15-Nome do titular do plano DEBORAH VERCILLO DE ALMEIDA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405							
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	06/08/20		
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	06/08/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	06/08/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	06/08/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
03.037.318/0001-35 FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA Rua Visconde de Pirajá, 550 - Sala 322 Ipanema - CEP 22.410-002 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 06/08/20												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/20												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												

Miriam Tereza da Silva Azevedo
CIRURGIÁ-DENTISTA
CRO-RJ 9208

Deborah Verillo de Almeida

Solicito radiografias periapicais
de todos os dentes + bite wing D e E
Panorâmica

Enviar por email e impresso
MTSAZEVEDO57@gmail.com

MT
Dr. Miriam Tereza da Silva Azevedo
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 9208
CPF 620.488.647-91

10-08-2020



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

354029
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50182752	7-Data Validade da Senha 08/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000010535031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASMETROS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702109730719098	
13-Nome ERILANDE SOUZA RODRIGUES		14-Telefone 14/09/1961	15-Nome do titular do plano ERILANDE SOUZA RODRIGUES		
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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. Lenise Magaly Fonseca e Pires Bezerra

Cirurgiã Dentista - CRO 11940

Orlando Souza Rodrigues

*Radiografia periapical completa com
laudo. Paciente reclamando de várias
sensibilidades.*

Rio, 7/8/20

Lenise Bezerra

*Dra. Lenise Magaly F. P.
Cirurgiã Dentista
CRO 11940*

Rua Almirante Tamandaré, 66 sala 436 - Flamengo

22758138 - 969390314 - 985274226

lenise-bezerra2010@hotmail.com



353014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/08/20		4-Data de Autorização 07/08/20		5-Senha CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 50182353		7-Data Validade da Senha 05/11/20					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0037000032623766						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705004256231051															
13-Nome GLEISY MARIA COIMBRA DE SOUZA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GLEISY MARIA COIMBRA DE SOUZA							
10/02/1964															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER				18-Número no CRO 16328		19-UF RJ		20-Código CBO S 09					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783						22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		23-Número no CRO 16328		24-UF RJ					
25-Código CNES						26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328		28-UF RJ					
29-Código CBO S										801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-0	081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			01/09/20					
2-0	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			01/09/20					
3-0	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			01/09/20					
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
03.037.318/0001-35 FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA. Rua Visconde de Pirajá, 550 Sala 822 Ipanema - CEP 22.410-002 Rio de Janeiro - RJ															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 250,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

Dra Kerma Lima de Castro

Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ18313
CPF: 514.001.116-68

Gleisy Maria Coimbra de Souza

*Raio x Periapical Completo
com interproximais.*

*Para avaliação clínica
completa.*

Kc
Dra Kerma Lima de Castro
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ-18313
CPF-514.001.116-68

06-08-2020

Rua do Catete, 310 - Sala 607 - Catete-RJ CEP: 22.221-001
Tel: (21) 2245-1081

Av. Min. Baileiro, 645 - Sala 203 - Recreio dos Bandeirantes-RJ CEP: 22.790-550
Tel: (21) 22490-2201 Cel: (21) 99767-6613



364030
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 26/08/2010		4-Data de Autorização 26/08/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50186717		7-Data Validade da Senha 24/11/2010	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00370000011015295				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa IBBCA CRP 25760		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700704919018280	
13-Nome LUCIA RANGEL ALMEIDA						14-Telefone 17/01/1957		15-Nome do titular do plano LUCIA RANGEL ALMEIDA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER				18-Número no CRO 16328		19-UF RJ		20-Código CBO S 09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783				22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES				23-Número no CRO 16328		24-UF RJ	
25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES				27-Número no CRO 16328		28-UF RJ	
29-Código CBO S				30-Franquia/Co-participação R\$				31-Valor		32-Franquia/Co-participação R\$	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Qtd	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Glosa
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	26/08/2010	
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	26/08/2010	
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	26/08/2010	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
03.037.318/0001-35 FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA. Rua Visconde de Pirajá, 550 - Sala 322 Ipanema - CEP 22.410-002 Rio de Janeiro - RJ											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 250,00		47-Valor Total R\$ 0,00	
48-Total Franquia / Co-participação R\$											
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/2010				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/2010			
								53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

PATRÍCIA REIS REZENDE DE BRITO

ESPECIALISTA 2001 UERJ | MESTRE 2009 UNESA | DOUTORA 2015 UERJ
EM ENDODONTIA CRO - RJ 23785

Lucia Rangel Almeida

① Solicito periapical completo
com bitewings.



3/8/20 
Profª Patricia Reis R. de Brito
Endodontista
CRO-RJ 23785

AV. DAS AMÉRICAS, 2901 SL 202 | BARRA DA TIJUCA
CEP 22631-002 | RIO DE JANEIRO RJ
TEL [21] 2439 7240 | CEL [21] 99994 6195
E-MAIL patyrezendebrito@gmail.com



343778
INTERCÂMBIO

1-Registro AFS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178371	7-Data Validação da Senha 20/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		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 700002834954903	
13-Nome LUIZ CLAUDIO DA SILVA MARQUES		14-Telefone 15/11/1962		15-Nome do titular do plano NOEMI APARECIDA DURAO MARQUES					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 16328		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783		22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		23-Número no CRO 16328		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Envio de RX (1) 81000405			
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328		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	0,00	S	20/08/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0001-35
FACENTER - CENTRO DE
DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA
Rua Visconde de Pirajá, 560 - Sala 322
Iponeia - CEP 22.410-002
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 20/08/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Unimed
998014252

PACIENTE: LUIZ CLÁUDIO DA SILVA MARQUES

À RADIOLOGIA

Solicito RX Panorâmico digital, sem laudo. Com finalidade diagnóstica.

Favor encaminhar para os emails: maxilodente@gmail.com.

Rio de Janeiro, 13/08/2020.

Alexandre M. Safadi
CIRURGIA MAXILOFACIAL
& IMPLANTODONTIA
CRO RJ 28589

(21) 98898 - 2000 (21) 2257 - 0302

contato@maxilodente.com.br

@maxilodente

/Maxilodente Odontologia

www.maxilodente.com.br

Rua Barata Ribeiro 383 - 1006
Copacabana, Rio De Janeiro



365584
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187445	7-Data Validade da Senha 25/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALIANÇA ADMINISTRADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706009336826941
8-Número da Carteira 0037994058985082		13-Nome MARIA HELENA DA COSTA BRAGA		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano EDISON DIAS TEIXEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421-RIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RMD (I) 81000421-RII (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES					

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	28/08/20		26/
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	28/08/20		26/
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	28/08/20		26/
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	28/08/20		26/
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	28/08/20		26/
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0001-35

FACENTER - CENTRO DE
DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA

Rua Visconde de Pirajá, 550 - Sala 32R
Ipapeema - CEP 22.410-002
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\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 28/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

PAULO M. DE CARVALHO C.D., D.D.S., M.Sc. / (Dr. Leandro N.M. de Carvalho)

Maria Helena C. Braga.

Requisito:

→

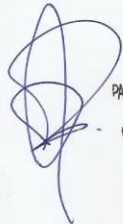
RX Panorâmico

com complementação

(Incisivos e Interproximais)

AVALIAR PERDA ÓSSEA.

Rio 27/08/2020



PAULO M. DE CARVALHO C.D., D.D.S., M.Sc.
CRO RJ 4889
CPF: 160.233.907-49



364034
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 8 / 2 0	4-Data de Autorização 2 6 / 0 8 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186720	7-Data Validade da Senha 2 4 / 1 1 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

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 898004629795571
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 3 7 4 0 2 1 6		13-Nome PAULA AGUIAR MARQUES DE REZEND			
		14-Telefone 10/06/2014		15-Nome do titular do plano ANA LUIZA AGUIAR MARQUES DE RE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 2 3 9 9 5 7 8 3	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	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-	0 0 8 1 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0	0 0 0		S	26-08-20		[Assinatura]
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0001-35

FACENTER - CENTRO DE
DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA
Rua Visconde de Pirajá, 550 - Sala 322
Ipone - CEP 22.410-062
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 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	---	---------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26-08-20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26-08-20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Alice Batista
Odontologia Estética

Odontopediatria
Ortodontia

Paulo Aquino M. de Rezende

Soluto:

Rx Panorâmico.

* Motivo / Avaliar dentição decídua
molars perm.
caninos / gemas


Dra. Alice Batista Pessanha
Cirurgiã • Dentista
CRB/RJ 30.504

05.08.2020

Alice Batista
Odontologia Estética

Visconde de Pirajá 550, 1608
(21) 3563-1006
(21) 96841-8371 - 99688-3734
alice.dentista.batista@gmail.com
CRO-RJ 30504