



366376
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012		4-Data de Autorização 29/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50187794		7-Data Validade da Senha 27/11/2012					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00379994062724786				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa IBRIS CONSULTORIA E GESTAO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003626962606					
13-Nome DILMA LOPES DA SILVA						14-Telefone 18/02/1974		15-Nome do titular do plano DILMA LOPES DA SILVA							
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					
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				
1-0	081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	0,00		S	29/08/20					
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 22200		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 29/08/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/2012				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



PEDIDO DE RADIOGRAFIA(S)

ODONTOLOGIA

Sr.(a) Dilma Lopes da Silva:
46 anos.

Para um melhor acompanhamento do seu caso, solicitamos que providencie a(s) seguinte(s) radiografia(s) relacionada(s):

Radiografias Iniciais

Periapicais (Todos os Dentes) - paciente com periodontite severa generalizada, precisa avaliação radiológica

Obs. Mandar as Radiografias em CD.

Para a realização dos itens solicitados, segue o endereço do centro radiológico:

Desde já, agradecemos antecipadamente.

26 de Agosto de 2015

Dra. Isabella da Conceição Silva
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 45625

ISABELLA DA CONCEIÇÃO SILVA
45625

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



365551
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 8/12/0	4-Data de Autorização 12/7/10 8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187423	7-Data Validade da Senha 12/5/11 1/12/0
8-Número da Carteira 00379994062730069			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome GLAUCIA PAULA COELHO			14-Telefone () -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703402233507415	
15-Nome do titular do plano GLAUCIA PAULA COELHO					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783			22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES			23-Número no CRO 16328		
27-Número no CRO 16328			24-UF RJ		
28-UF RJ			25-Código CNES		
29-Código CBO S			801 - Faturar Empresa		

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	222,00	0,00		S	24/08/20		Glauco
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
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 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/20 Glauco	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	--	--

DR BRUNO NOGUEIRA LUZ

CLINICA GERAL E CIRURGIA

CRO 27462 RJ

RECEITUARIO

Clavici Para coelmo

Soluto Rt. Leis para completa "new lardo"

Obijado

OBS:

- Paciente com abscesso periapical c/ra.
Pode ocorrer em várias dentes c/ bolsas.

PRAÇA SAENS PENA 45 SALA 402 TEL 22647823

TIJUCA - RIO DE JANEIRO - RJ CEP: 20520-090

20/08/20

Dr. Bruno Nogueira Luz
Cirurgião - Dentista
CRO RJ: 27462



360817
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 21/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185637	7-Data Validade da Senha 18/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		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
--	----------------------	--

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 (1) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

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	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	21/08/20		
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 328
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 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 21/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20	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

Reiox: panorâmico

esfultométrico de perfil
el travado usp/unicamp.

para finalidade ortodontica

Rio 20/08/2020


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

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188672	7-Data Validade da Senha 01/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

368283
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003700001318610	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 705000079939851
13-Nome IKER FONSECA VALPUESTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VITOR BARBOSA VALPUESTA	

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 0023995783	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RMD (I) 81000421- (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	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	10/09/20		Kay
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	10/09/20		Kay
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	10/09/20		Kay
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	10/09/20		Kay
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	10/09/20		Kay
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 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 10/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dra. Ana Carolina Valinoti
Cirurgiã-Dentista - CRO-RJ 32486
Odontopediatria - Ortodontia - Invisalign

Iker Fonseca Valpuesta.

Solicito radiografias:

- Panorâmica
- Complementação
 - Bite Wing D e E
 - Periapicais: 46.

11 e 12

21 e 22.

para avaliação ortodôntica
e investigar cáries.


Ana Carolina Valinoti
CRO-RJ 32486

10.09.2020

Rua Dois de Dezembro, 38 - Sala 309 - Flamengo
22220-040 - Rio de Janeiro - RJ - Fone: (21) 3593.9757
Cel.: (21) 99217.5730 - E-mail: anavalinoti@gmail.com



363070
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186372	7-Data Validade da Senha 22/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 703400235156812
8-Número da Carteira 00379994063052803		13-Nome LUCIANO BERGAMO 05/03/1969		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano JOSE RICARDO VILELA			

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) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
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-RPD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Contratado VIVIANE TODESCHINI PIRES					

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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	24/08/20		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	24/08/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	24/08/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	24/08/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0001-35

FACENTER - CENTRO DE
DIAGNOSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.

Rua Visconde de Piratã, 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 56,00	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 24/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



363048
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/08/20	4-Data de Autorização 25/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186363	7-Data Validade da Senha 22/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 703400235156812
13-Nome LUCIANO BERGAMO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE RICARDO VILELA		

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 (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783		22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	28-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		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	24/08/20		
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	24/08/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/20 Luciano Bergamo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Paciente: Luciano Bergamo

Solicitação de Radiografias:

1. Radiografia panorâmica de face;
2. Radiografia periapical completa com bite-wing de molares e pré-molares.
3. Radiografia Cefalométrica de perfil com traçado USP.
4. Modelo de gesso zoocalado
5. Kit de 8 fotografias.

Motivo: Planejamento Ortodontico.

Niterói, 20 de Agosto de 2020.

Assinatura do Dentista


Dr. Serpa Costa
Implantodontista
Periodontista
CRP-RJ 28.912

24H - (21) 99707-7097



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

371688
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização 09/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190010	7-Data Validade da Senha 07/12/20							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0037000016393263	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONDOMINIO DO ED VIEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708103506990135								
13-Nome MAX LIMA DA FONSECA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAX LIMA DA FONSECA									
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 / 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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	0,00		S	08/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 22200		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 / /			

Max Lina do Anselc

Solicito Rx peri o apical completo
para verificação das estruturas.
obs (evitar eliminação)

Dr. Robson Cavalcante Marques
Especialista em Implantodontia
CRO-RJ - CD-21506





368273
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 02/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188665	7-Data Validade da Senha 01/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ASMETROS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700509152325253
13-Nome SAULO RIBEIRO AMARAL		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano BIANCA RIBEIRO BEZERRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16328		19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RII
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	23-Número no CRO 16328		24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783		22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		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-Mojo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	02/09/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	02/09/20		
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 523
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 28,00	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. Patrícia Ourique Marques Fernandes

Odontopediatra e Ortodontista

CRO 15960-7

Requisição de Radiografias Periapicais

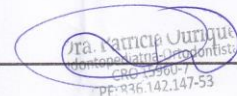
Requisito radiografias periapicais, com laudo, dos seguintes elementos:

12/11/21/22/31, do
Paciente Paulo R. Amaral para fins de
diagnóstico. e os seguintes exames:

- Cefalometria de Perfil (Mucarp/Piserepárea)
- Radiografias (Intra-oral): ^{fronte} panorâmica ^{fronte} extraoral ^{fronte} periapical
- Modelos Gipsados com ^{fronte} modelo ^{fronte} impresso

Rio de Janeiro, 08 de 09 de 20

Assinatura do Profissional:



Av. N. Sra.de Copacabana, 978 sl.#401-Copacabana-Rio de Janeiro, RJ-Cep:22060-000

Av. Luís Carlos Prestes, 410sl.#315-Barra da Tijuca, RJ-Cep:22.775-055

Tel: 3328-4236

E-mail: patyourique@gmail.com



366547
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2011	4-Data de Autorização 31/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187882	7-Data Validade da Senha 29/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WALTER TRAJANO REP	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704607128742923
8-Número da Carteira 00379994063029062		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano WALTER ANTONIO DE FELIPPI TRAJ	
13-Nome WALTER ANTONIO DE FELIPPI TRAJ 22/10/1962					

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		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	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	31/08/2011		
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
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 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 31/08/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



PROF. DR. **R**ENATO ZAGURY

ODONTOLOGIA DE MARCA

CRO 24952 RJ

REQUISIÇÃO DE RX

SOLICITO PERIAPICAL COMPLETO E PANORAMICA
DO PACIENTE, WALTER DE FELIPI, CPF 687778507-00.

RENATO ZAGURY

RW 26 DE AGOSTO DE 2020.

DR. **R**ENATO ZAGURY



CIRURGIÃO DENTISTA

CRO 24952 RJ

AVENIDA NOSSA SENHORA DE COPACABANA 794 / 1002
CONSULTÓRIO. 2547 - 8042 CELULAR. 98899 - 8042