



392466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197873	7-Data Validade da Senha 06/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000010570600	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa E C S ADM DE BENEFICIOS CRF	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700005352141009
13-Nome SAMARA THAIS PEREIRA MARQUES 22/12/1986		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SAMARA THAIS PEREIRA MARQUES	

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 (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
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	14/10/20		[Assinatura]
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	14/10/20		[Assinatura]
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	14/10/20		[Assinatura]
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	14/10/20		[Assinatura]
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.818/0003-05
FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DIGITAL DA FANGEL LTDA
Rua do Quintado, n.º 197 - Sala 004 - SF Andar
Centro - CEP: 20.051-005
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 Címbio da Empresa / /
--	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

394686
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 13/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198569	7-Data Validade da Senha 13/10/2012	394686 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0037994065454615	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 13/10/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700504721946651								
13-Nome LARISSA LIZ TORRES DE MELO		14-Telefone 27/02/2012	15-Nome do titular do plano DEBORA LIZ MORAES TORRES MELO									
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) 81000421-RPID (I) 81000421-RPIE							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	13/10/20		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	13/10/20		
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	13/10/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/10/2012		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 106,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2012			53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2012			



Rhayany Lindenblatt
ODONTOLOGIA & SAÚDE

LARISSA LIZ TORRES DE MELO

Solicito

- 1) RADIOGRAFIA PANORÂMICA DA FACE
- 2) RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS DOS ELEMENTOS 74 E 84.

Dra. Rhayany Lindenblatt
Odontopediatra
CRO RJ 30085

Rio, 13/10/20

Rhayany Lindenblatt

Dra. Rhayany de Castro Lindenblatt Ribeiro - Cirurgiã Dentista | CRO-RJ 30085

Estomatologia | Laserterapia | Patologia Bucal | Clínica Geral | Atendimento adulto e infantil
Telefone: (21) 3169-6594 | WhatsApp: (21) 99922-4748 | E-mail: doutora@drarhayind.com.br

www.drarhayind.com.br



390474
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 06/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197105	7-Data Validade da Senha 04/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994061320231	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNDO CONTABIL ASS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898000298236615	
13-Nome VLADIMIR DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDA PIZAO 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	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	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/10/20		
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 Operador-Dentista Solicitante 20/10/20	51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista 20/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/20
--	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



392019
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197798	7-Data Validação da Senha 05/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037994065816746		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PERSONALE CONSULTORIA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003094352257
13-Nome SILVIA FREITAS BASTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILVIA FREITAS BASTOS	
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

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405
(I) 81000421-RIS
(I) 81000421-RII

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	21/10/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	21/10/20		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	21/10/20		
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: 20.091-095
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 106,00	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 Assinatura da Empresa / /
--	--	--	---

DM

Dra. Danielle Murta

Cro 23106
Cirurgiã Dentista

Ortodontista - Ortopedia Facial - Harmonização Orofacial

Paciente: Silvana Freitas Boston

Soluções:

- Radiografia Panorâmica com laudo.

- Radiografia Periapical dos elementos 11-41

Danielle Murta
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ 23106



406588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2012	4-Data de Autorização 27/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202100	7-Data Validade da Senha 25/01/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994064232317		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 704605168527223
13-Nome FRANCISCO PEDRO BAHIA BECERRA			14-Telefone 31/08/1969	15-Nome do titular do plano FRANCISCO PEDRO BAHIA BECERRA	

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 (I) 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	222,00	0,00		S	29/10/2012		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	29/10/2012		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	29/10/2012		
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 Quilanda, n.º 191 - Sala 201 - 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 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 29/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dra. Isadora Minervini de Aquino Leite
Cirurgiã-Dentista - CRO-RJ 44650
Endodontista - Protesista - Clínica Geral

Francisco Pedro B. B. Velasquez

Solicito radiografia
periapical completo com
vitruvinas para avaliação
das condições de saúde
dental do paciente.

Rio, 27/10/20


Dra. Isadora Minervini A. Leite
Cirurgiã-Dentista
CRO - RJ 44650

Avenida Nossa Senhora de Copacabana, 749 - Sala 810 - Copacabana
22050-002 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: (21) 2235.6994 / 2235.5532



406189
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/2/01		4-Data de Autorização 12/7/11 01/2/01		5-Senha CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 8001101		7-Data Validade da Senha 12/5/10 11/2/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025211683001314011						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FEDERACAO NACIONAL DE APOIO		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome LUZIA PINHEIRO DE FREITAS						14-Telefone 13/12/1975 () -		15-Nome do titular do plano LUZIA PINHEIRO DE FREITAS			
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 712892714753				22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE				23-Número no CRO 16188		24-UF RJ	
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
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			01/11/2011	
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			01/11/2011	
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			01/11/2011	
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 Quitando, 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 / /											

Clínica Arte e Sorriso

Solicitado a paciente Luzia Pinheiro de
Freitas, a realização de radiografia
periapical dos elementos 16, 15, 26, 27, 46
e 47.

Após avaliação clínica foi detectada lesão
sugestiva de cárie.

Drª Fernanda G. Pádua
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 46932

12/01/2020

Clínica Odontológica Arte e Sorriso
Rua do Ouvidor 183 – Sala 307, Centro – Rio de Janeiro
Telefones: (21) 97031-3396 (whatsapp) | (21) 2221-9945
E-mail: clinicasorrisoarte@gmail.com



407508
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50202390	7-Data Validade da Senha 26/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000011028565	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IBBCA CRP 25760	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700408979943548	
13-Nome EUGENIA DAS GRACAS FIGUEIRA MO		14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira 08/05/1952		
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
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1
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 Quilômetro, n.º 191 - Sala 804 - 8º Andar Centro - CEP: 20.091-005 RIO DE JANEIRO - RJ					
36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
78,00		0,00		S 01/11/20	
39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa	
42-Data Previsão Término do Tratamento		43-Tipo de Atendimento		44-Tipo de Faturamento	
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	
45-Total Quantidade US		46-Valor Total R\$		47-Total Franquia / Co-participação R\$	
78,00		0,00			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
/ /		01/11/20		01/11/20	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					
/ /					



Nome: Eugênio G. F. Mourão

Solicito RX panorâmico. CI laudo
el 17. (avaliação endodôntica)
el 26 (avaliação endodôntica)
el 36 (avaliação endodôntica)
el 35 (avaliação endodôntica)

Dr.ª Silvana G. Lopes
CRO RJ-CD 15873

Leblon: Av. Ataulfo de Paiva, 517 sala 404 - Tel.: 2274-4144