

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



409576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/20	4-Data de Autorização 31/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203002	7-Data Validade da Senha 29/10/21
8-Número da Carteira 0037000023141304			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SILVIA MOLINA ROSADO			14-Telefone () -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701005844863995	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 07346548710			22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES			15-Nome do titular do plano WARLEY DIAS SIQUEIRA MENDES		

18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES	
27-Número no CRO 25255	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	0091000100	DOCUMENTACAO			1	31300	0,00			31/10/20	[Assinatura]
2											
3											
4											
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 4686- Sala 406
 Centro Médico II - Barra shopping
 Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
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 31300	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 31/10/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

Dr. Giovanni Guzzo Lia
Ortodontia e Implantodontia
CRO-RJ: 20454



PACIENTE: SILVIA MOLINA ROSADO

SOLICITO DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA:

- 1) RADIOGRAFIAS
 - ↳ PANORÂMICA
 - ↳ CEFALOMETRIA PERFIL
- 2) TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS (STEINER
BIMMER)
- 3) FOTOS
 - ↳ EXTRA - ORAIS
 - ↳ FRENTE SORRINDO
 - ↳ PERFIL
 - ↳ INTRA - ORAIS
 - ↳ OCLUSÃO ANTERIOR
 - ↳ OCLUSÃO LATERAL;
DIREITA e ESQUERDA
- 4) MODELOS GESSO (ZOCALADOS).

Av. Geremário Dantas, 807 FUSION OFFICES
Sala 438 | Jacarepaguá | 22743-011 | Rio de Janeiro/RJ
(21) 97290-4852
giovanniguzzolia@hotmail.com

Dr. Giovanni Guzzo Lia
Ortodontia e Implantodontia
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 20454



402983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201040	7-Data Validação da Senha 20/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994066161336	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FERNANDA COSENDEY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704006891506066	
13-Nome FERNANDA COSENDEY BEZERRA DA S		14-Telefone 28/01/1986	15-Nome do titular do plano FERNANDA COSENDEY BEZERRA DA S		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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 (1) 81000405
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-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	31/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE ITA
Av. das Américas, n.º 4866 - Sala 100
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
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\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

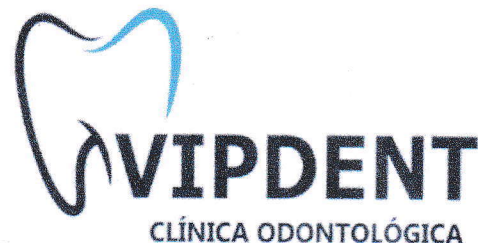
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 31/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Caio Marcelo L. Ferreira & Equipe

20 Anos Implantando Sorrisos



HARMONIZAÇÃO OROFACIAL - BOTOX (TÓXINA BOTULÍNICA) - PREENCHIMENTO FACIAL - REABILITAÇÃO ORAL

IMPLANTE DENTÁRIO

Cirurgias Computadorizadas
Implantes Dentários
Enxertos Ósseos

PRÓTESES

Prótese Flexível
Prótese Fixa
Prótese de Encaixe

ORTODONTIA

Aparelhos Fixos
Aparelhos em Porcelana
Mini Implante Ortodôntico

ODONTOLOGIA ESTÉTICA

Clareamento Dental
Facetas em Porcelana
Restaurações Estéticas

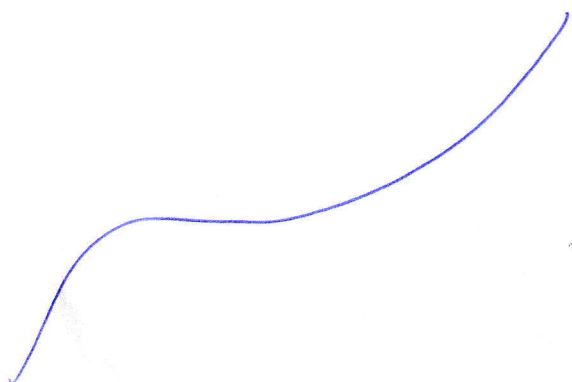
10/10/20

Requisição de Exame Radiográfico

Paciente: *Fernanda C. Bezerra da Silva*

Convênio: *Unimed*

Indicação: *RX panorâmico p/ auxílio diagnóstico.*



Juliana J. Barbosa
Dra. Juliana J. Barbosa
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 48455

Rio 10/10/20

BARRA DA TIJUCA

Av. Emb. Abelardo Bueno, 1
Ed. Abelardo Bueno - SI 536

📞 99666-3683 | 3400-7028

PRAÇA SECA

Centro Comercial 705
Rua Baronesa, 705 - SI. 308

📞 98104-9972 | 3439-1770 | 3017-0709

EPAO - 2739 Responsável Técnico Caio Marcelo L. Ferreira CRO RJ 28258
WWW.CLINICAVIPDENT.COM.BR | @vipdentclinica | Vipdent Odontologia



Enviado por e-mail.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



408253
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/9/10/20	4-Data de Autorização 2/9/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202603	7-Data Validade da Senha 2/7/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000012872574		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSAPE ASSOCIACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705408482203691
13-Nome JOELCIO CANDIDO DE OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOELCIO CANDIDO DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
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
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-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	05/11/20		X
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	05/11/20		X
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	05/11/20		X
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE - DA
Av. das Américas, n.º 4566 - Sala 100
Centro Médico II - Barra Shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
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 05/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--



FLAVIA MARTINS PINTO
Odontologia Estética e Prótese
CRO RJ 28551

Solicito exame radiológico
periapical completo com bite wing
do paciente Joelcio Candido de
Oliveira.

att. 

Dr. Flávia Martins Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO 28551

04/11/20

draflaviamp@gmail.com

Shopping Downtown

Av. das Américas - 500 - bl 09 - sl 221.

Tels. : (21) 2137-1638 e 2137-1639



411556
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022628	7-Data Validade da Senha 02/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525941100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIO CESAR MATIAS DA SILVA FILHO		14-Telefone 24/10/1999 () 2051-7968	15-Nome do titular do plano JULIO CESAR MATIAS DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - 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	

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			19/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE ITDA
Av. das Américas, n.º 4606 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

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

Centro Integrado de Reabilitação Bucal

Dr. Ricardo Frederico de Oliveira

CRO 22740

Cirurgião Maxilo Facial

Pós graduação em implantodontia - Pós graduação em patologia oral
Mestre em engenharia de biomateriais - Doutorando em implantodontia
Pós graduação em Disfunção temporo mandibular

Julio Cesar Martins

EXAME Radiológico

Solado.

+ RX panorâmico de face

Impressão: CISO

Bo, 05/11/20

Ricardo Frederico Oliveira
Cirurgia Maxilo Facial
CRO 22740-8 Mat. 491637a 2

(21) 2439-8298 • (21) 96606-6505

Av. das Américas, 3665 - Loja 214 - Shopping Barra Square (Expansão)



415497
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/11/20	3-Data de Autorização 11/11/20	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50204970	6-Data Válida da Guia 08/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--	-----------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa M2M ASSESSORIA EMP.		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700004064142602*	
13-Nome MAURICIO ROCHA NEVES		14-Data de Nascimento 17/06/1965		15-Telefone () / /		16-Nome do titular do plano MAURICIO ROCHA NEVES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 25255		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		21-Data de Rescisão / /		22-Motivo da Rescisão / /	
17-Atendimento a PN N		17-Atendimento a PN FACENTER		23-Número no CRO 25255		24-UF RJ		25-Código CNES (I) 81000405		26-Código CNES (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME	
27-Código no Operador / CNPJ / CPF 07346548710		28-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		29-Número no CRO 25255		30-UF RJ		31-Código CBO S (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME		32-Data de Rescisão / /	
33-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		34-Número no CRO 25255		35-UF RJ		36-Código CBO S (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME		37-Data de Rescisão / /		38-Motivo da Rescisão / /	

39-Tabela	40-Local do Procedimento	41-Descrição	42-Código Recibo	43-Faixa	44-Qtd	45-Quantidade US	46-Valor	47-Franquia/Co-participação R\$	48-Aut	49-Data de Rescisão	50-Motivo da Rescisão	51-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0000		S	26/11/20		
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	0000		S	26/11/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1400	0000		S	26/11/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1400	0000		S	26/11/20		
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 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
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 32800	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 26/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dra. Eliza Costa

Cirurgiã-Dentista

Implantodontia

CRO-RJ 32433

Maurício Neves

Solicito radiografias:

→ Periapical completo com
interproximais

→ Panorâmica das arcadas.

Dra. Eliza Costa Fornari
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 32433



Rio, 10/11/2020

Rua Dias Ferreira, 417 - Sala 203 - Leblon

22431-050 - Rio de Janeiro - RJ - Fone: (21) 3496.8512

Cel.: (21) 99236.4182 - E-mail: elizaodonto@hotmail.com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



416570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2015	4-Data de Autorização 11/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205303	7-Data Validade da Senha 09/02/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994060593315	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa E C S ADM DE BENEFÍCIOS CRF	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005112971527	
13-Nome MARIA VITORIA SUDO MASCARENHAS		14-Telefone 19/07/2015	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO BELMOCK MASCARE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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	

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			11/11/2015		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LIDA
Av. das Américas, n.º 4886 - Sala 408
Centro Médico II - Barra Shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22643-902
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

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



FACENTER

CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE

Rua Visconde de Pirajá 550 - Sala 322 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ
Rua da Quitanda, 191 - 8º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ
Av. das Américas, 4.666 - Sala 406 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ
(Centro Médico II - Expansão BarraShopping)

Paciente: Maria Vitoria Sudo Marcacanhas Freitas

Tels: 99222-9664

e-mail: Allin@uol.com.br

Dentista: Viviane de Carvalho

Tels: _____

e-mail: VIVICARVALHO@DOUTO@HOTMAIL.COM

Endereço: _____

CARIMBO E RUBRICA

Dra Viviane de Carvalho
Cirurgã Dentista
Ortodontia - Odontopediatria
CRM 31790

Radiografias

- ☐ Periapical isolado - dentes: _____
- ☐ Periapical Completo ☐ 2 Interproximais ☐ 4 Interproximais
- ☐ Oclusal: _____
- ☒ Panorâmica: ☐ com complementação (incisivos e interproximais)
- ☐ Cefalométrica ☐ Perfil ☐ PA ☐ punho e mão ☐ ATM

Documentação Odontológica

- ☐ DOC I: Panorâmica + Cefalométrica c/ 1 traçado + Modelo Zocalado + até 08 fotos.
- ☐ DOC II: Panorâmica c/ Complementação + Cefalométrica c/ até 3 traçados + Modelo Zocalado + até 08 fotos.
- ☐ DOC III: Panorâmica c/ Complementação + Tele c/ até 3 traçados + Escaneamento + Modelo Impresso + até 08 fotos.
- ☐ DOC IV: Periapical Completa + Panorâmica + Tele c/ até 3 traçados + Modelo Zocalado + até 08 fotos.
- ☐ DOC V (DSD): Panorâmica + Escaneamento + até 06 fotos.
- ☐ DOC VI (DSD): Panorâmica Completa + Tele c/ até 3 traçados + Escaneamento + Modelo Digital + até 08 fotos.

Documentação para Alinhadores

- ☐ Panorâmica Completa + Cefalométrica c/ até 3 traçados + Escaneamento + Modelo Digital + até 08 fotos. ☐ Invisalign ☐ Outros

Modelo e Escaneamento

- ☐ Modelo em Gesso ☐ Estudo ☐ Trabalho ☐ Zocalado ☐ Discrepância
- ☐ Escaneamento Intraoral ☐ COM Modelo Impresso ☐ SEM Modelo Impresso (STL)



426477
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/2012	4-Data de Autorização 25/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084526	7-Data Validade da Senha 22/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533566500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LORENA GUSMAO DOS SANTOS		14-Telefone () - -	15-Data Validade da Carteira 12/06/1995		
15-Nome do titular do plano LORENA GUSMAO DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - 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	
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	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	008100294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	25/11/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE ITA
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 150
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
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 25/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--



JMC Odontologia
Clínica Odontológica

Laena Gusmão

Solicito RX periapical completo
para avaliação periodontal.

Juliana M. Catelan
Cirurgã Dentista
CRO - RJ - CD - 43052

Estrada dos Três Rios, 90 - Bloco A - Sala 206 - Freguesia (Jacarepaguá)
22755-900 - Rio de Janeiro - RJ - Fone: (21) 3413.1197
Cel.: (21) 99591.4240 - E-mail: jmcodontologiaespecializada@gmail.com



422621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207294	7-Data Validade da Senha 17/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994061902303	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 702504389841234	
13-Nome MARIA GRACIELA PUDDINGTON		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIS MARIA DELME		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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-RPD (I) 81000375-RPE

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	25/11/20		
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	25/11/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	25/11/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	25/11/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LINA
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
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

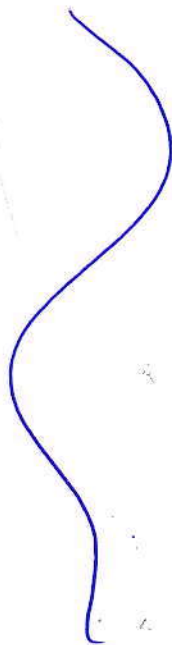
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dra. Janaína Folly N. Giraldes

Cirurgiã-Dentista | CRO - RJ 24.451
Clínica Geral | Endodontia | Implante

Maria Gabriela Puddington.

Solicitado: raio x panorâmico e raio x
periapical completo com bitewing para diagnósti-
co e exame clínico.



Dra. Janaína Folly N. Giraldes
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 24451
CPF 072.282.897-73

[Signature]
Rio, 19/11/20

Barra Corporate - Av. Abelardo Bueno, 1340, sala 708
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - E-mail: jf.giraldes@uol.com.br
Telefones: (21) 2113-3477 | (21) 97450-0224