



420665
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206660	7-Data Validade da Senha 15/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994064891370	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 14/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000799381807	
13-Nome JOAO VICTOR SILVA MISCULA		14-Telefone (11) 25/04/2009	15-Nome do titular do plano JOAO VICTOR SILVA MISCULA		
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
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000405

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	02/12/20		
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 LTDA.
Av. das Américas, nº 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 11/11/21	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\$ 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 02/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Estevão R. Milanos
Periodontia – Implantodontia
CRO 29431 RJ

Dra. Renata M. Gonçalves
Odontopediatria – C. Geral
CRO 28695 RJ

RECEITUÁRIO

Nome: João Victor Silva Miscula

Solicito Rx Panorâmico
para controle prognóstico e
planejamento

Rio de Janeiro, 17 / 11 / 2020

Dra. Renata M. Gonçalves
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 28695

Carimbo / assinatura

Edifício Unicenter – Estrada de Jacarepaguá 7655 sala 702 Freguesia – RJ.
Tel: 3449-5649



429228
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11/1/20	4-Data de Autorização 12/7/11/1/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50209046	7-Data Validade da Senha 12/5/10/2/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000012661107	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ERNESTO M RAPOZO &	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705007206533952	
13-Nome LUCIA HELENA DE BARROS JAGUARI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SERGIO ROBERTO PITANGA RAPOSO		
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 801 - Faturar Empresa 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	7800	0,00			27/11/20		
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 LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666- Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-002
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 7800	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(ram) 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 27/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



426618
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208251	7-Data Validade da Senha 22/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994062970817	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 700006014755807	
13-Nome RAYANE CABRAL DE CARVALHO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAYANE CABRAL DE CARVALHO		
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	

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-Mulho da Glosa	42-Assinatura
1	0031000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/11/20		
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 LULA
Av. das Américas, nº 4665 - Sala 405
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.045-302
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 / /
---------------	--	--	--	--

021 DENTAL

Solicito radiografias panorâmicas
do paciente Rayane Cabral de
Carvalho para avaliação do
elemento 47.

DRA. ISABELLA CADILHE
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-RJ-47554

Rio, 24/11/2020

Avenida Almirante Júlio de Sá Bierrenbach, 200, bloco 1 A / sala 235
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431452
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 02/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8105411	7-Data Validade da Senha 01/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253356650000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LORENA GUSMAO DOS SANTOS		14-Telefone () /	15-Nome do titular do plano LORENA GUSMAO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento 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-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255		28-UF RJ	29-Código CBO S
26-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405					

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	04/12/20		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

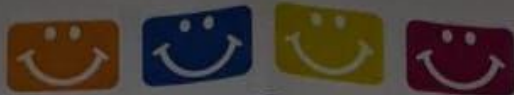
03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACIL
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra Shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-602
RIO DE JANEIRO - RJ

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 04/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



JMC Odontologia
Clínica Odontológica

Lauren Gusmão dos Santos

Solicito RX panorâmico para avaliação
dos tecidos moles

Juliana M. Catelan
Cirurgiã 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



432188
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/12/20	4-Data de Autorização 02/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210231	7-Data Validade da Senha 02/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994065481825	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700408789879350	
13-Nome LEONARDO GONCALVES COELHO		14-Telefone 31/01/1977	15-Nome do titular do plano MONIQUE MARTINS GOMES COELHO		
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
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

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	81000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	04/12/20		
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	04/12/20		
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	04/12/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACULDADE
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 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 / /
--	--	--	--

Vanessa Zaleski
Vanessa Zaleski
Cirurgiã-dentista
CRO/RJ 41127

Leandro G. Coelho

Solicito levantamento radiográfico periapical e interproximal completo para
complementação de avaliação clínica.

Vanessa Zaleski

Vanessa Zaleski
Cirurgiã - Dentista
CRO/RJ 41127

Rio 02/12/2020

Avenida Evandro Lins e Silva, 840, sala 221
Barra da Tijuca – Rio de Janeiro
Telefones: (21) 2135-3082/ (51) 99239-7213 (WhatsApp)



430433
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50209685	7-Data Validada da Senha 28/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00370000016986469	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706801744729723	
13-Nome GABRIELLA BATISTA DOS SANTOS	14-Telefone () / /
15-Data de Nascimento 03/05/1987	15-Nome do titular do plano GABRIELLA BATISTA 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	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	26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES
27-Número no CRO 25255	28-UF RJ
29-Código CBO S	29-Código CBO S
706801744729723	

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	11/12/21		X
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	11/12/21		X
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.0373318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACILITA
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-992
RIO DE JANEIRO - RJ

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACILITA
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-992
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 236,00	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 / /
--	--	--	--

DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

Paciente: Gabriella Batista dos Santos

SOLICITO:

- Radiografia Periapical do elemento 47
- Radiografia Periapical completa

Solicito que toda a documentação seja enviada para o e-mail:
Odonto21rio@gmail.com.

Rio, 20/11/20

Dr. João Vitor Maldonado
CRD-RJ 40.012
Av. das Américas, 7607 - sl. 203

Avenida das Américas, 7607 | Sala 203 | Shopping Novo Leblon
Barra da Tijuca | CEP: 22793-081 | Rio de Janeiro | RJ

(21) 3648-0221 (21) 99256-8519
www.odonto21.com.br



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



412190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203970	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994065529224	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706804286040026	
13-Nome RODRIGO SOARES SANTOS		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano THAIS CRISTINE GIGLIO GATTO		
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	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000472

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			12/20		X
2	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00			12/20		X
3	0081000472	TELERRADIOGRAFIA			1	86,00	0,00			12/20		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 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 386,00	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 / /
--	--	--	--



DENTAL DESIGN

Rodrigo Soares Santos

① Panorâmica Simples;

② Periapical Completa;

③ Perfil Cefalométrico USP;

④

Dr. Bianca Dutra Ferreira
Cirurgiã - Dentista
CRO - 41105

Rw05/12/2020

Endereço: Av. Ayrton Senna, 3000 - Edifício Grumari, sala 3019
(21) 37965859 (21) 999079629



412015
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203903	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994065522831	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703109632325190	
13-Nome THAIS CRISTINE GIGLIO GATTO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS CRISTINE GIGLIO GATTO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES			23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES
			27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421- (I) 81000375-RMD
(I) 81000421-RPID
(I) 81000421-

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	16/12/20		X
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	16/12/20		X
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	16/12/20		X
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	16/12/20		X
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: 22649-902
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 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 16/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--



DENTAL DESIGN

Thais Cristine Giglio Gatto

Ⓐ Periapical elementos

35, 44, 46, 45, 44

- Investigação de lesão cariosa

Ⓑ Bito-wing
cada dente

- Investigação de lesão cariosa

Dra Bianca Dutra Ferreira
Ortodontia - Dentista
CRO - 41106

Rio de Janeiro

Endereço: Av. Ayrton Senna, 3000 - Edifício Grumari, sala 3019

☎ (21) 37965859

☎ (21) 999079629