



380653
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/2012	4-Data de Autorização 22/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193438	7-Data Validade da Senha 21/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000022453655	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704006378276460	
13-Nome BEATRIZ FAGUNDES PEREIRA		14-Telefone 02/12/2011	15-Nome do titular do plano GUSTAVO HENRIQUE SANTOS PEREIR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000472
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-	0081000472	TELERRADIOGRAFIA			1	86,00	0,00		S	30.09.20		
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 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 86,00	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 30.09.20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30.09.20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30.09.20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

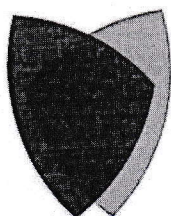
P/ Beatriz Jagundes Pereira

Solicito Rx panorâmico e
Telerradiografias de Perfil

Indicação: Avaliação de ausência
múltipla congênita de dentes.

Rio, 18/09/2020

CDL
Dra. Charbelie David Chaves
Dentista
CRO 20393 / RJ



(21) 2438-6033 | (21) 99674-2430

cdpleblon.com.br

cdpleblon@gmail.com

@cdpleblon

Rua Afrânio de Melo Franco 141 / grupo 302 - Leblon



380132
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193232	7-Data Validade da Senha 20/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000022453655	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704006378276460
13-Nome BEATRIZ FAGUNDES PEREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GUSTAVO HENRIQUE SANTOS PEREIR	

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 Enviar - RX (I) 81000405
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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	30/09/20		
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 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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

21-09

380 132
Guia

380 653

22-09 - Tel

P/ Beatriz Agundes Pereira

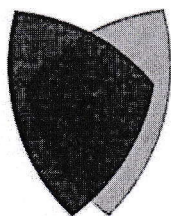
Solicito Rx panorâmico e
Telerradiografias de Perfil

Indicação: Avaliação de ausência
múltipla congênita de dentes.

Rio, 18/09/2020

CDL

Dra. Charbelie David Chaves
Odontóloga - Dentista
CRO 20393 / RJ



(21) 2438-6033 | (21) 99674-2430

cdpleblon.com.br

cdpleblon@gmail.com

@cdpleblon

Rua Afrânio de Melo Franco 141 / grupo 302 - Leblon



389304
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 07/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197297	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994061491516	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 703605058426939
13-Nome FABIANA DA SILVA RAMOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FABIANA DA SILVA RAMOS		

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 Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S			

30-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	07/10/20		Fabiana
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 ENCE 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 07/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Fabiana da Silva Ramos

Solicito raio x panorâmica para
3º molares.

30/9/20

Dr. Thais Greco
Cirurgiã Dentista
CRO - 44857

Central de Agendamento

99866-4017

Central de Atendimento

2580-4316 | 2509-7009

www.fordent.com.br

Unidades

São Cristóvão Rua São Luiz Gonzaga, 410 - Sobreloja

Centro 1 Rua Sete de Setembro, 98 - Salas 407 a 409

Centro 2 Rua Sete de Setembro, 88 - Sobreloja 201 e 222

Barra da Tijuca Av. das Américas, 700 - Bloco 8 - Loja 117c - Città América



395271
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198737	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994062407969	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708603512373180
13-Nome TAISSA LIMA TORRES DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO CARVALHO 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	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
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	222,00	0,00		S	16/10/20		[Assinatura]
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	16/10/20		[Assinatura]
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	16/10/20		[Assinatura]
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 222
Ipanema - CEP 22.410-002
Rio de Janeiro - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 250,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dra. Slamad Fernandes Rodrigues

Cirurgiã-Dentista - CRO-RJ 16097-4

Ortodontia / Prótese Dentária

Taíssa Lima Silva

Solicitado Rx periapical completo

com bite-wings.

15-10-2020

Rodrigues

Drª Slamad Fernandes Rodrigues
CRO 16.097-4

Rua Visconde de Pirajá, 608 - Sala 505 - Ipanema
22410-002 - Rio de Janeiro - RJ - Fone/Fax: (21) 2512.6957

Dra. Slamad Fernandes Rodrigues

Cirurgiã-Dentista - CRO-RJ 16097-4

Ortodontia / Prótese Dentária

Solicitado a remação do elemento 18
para tratamento ortodôntico da paciente
Taíssa Lima.

Rio, 25/05/2020

Drª Slamad Fernandes Rodrigues
CRO 16.097-4

Drª Slamad Fernandes Rodrigues
CRO 16.097-4

Rua Visconde de Pirajá, 608 - Sala 505 - Ipanema
22410-002 - Rio de Janeiro - RJ - Fone/Fax: (21) 2512.6957

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



395927
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198964	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000020249201	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 898004089759643
13-Nome TIAGO AZEVEDO OLIVEIRA		14-Telefone 11/07/2008	15-Nome do titular do plano ANDREA AZEVEDO GOMES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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	20/10/20		[Assinatura]
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	20/10/20		[Assinatura]
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	20/10/20		[Assinatura]
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	20/10/20		[Assinatura]
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	20/10/20		[Assinatura]
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 20/10/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

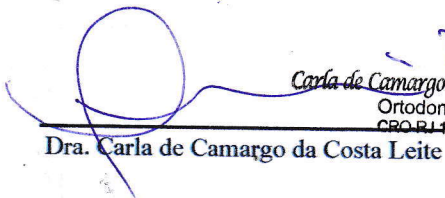
Dra. Carla de Camargo da Costa Leite
ORTODONTISTA - CRO RJ 14321

Para: Tiago Azavedo Oliveira

Requisito, para fins ortodônticos:

1- Radiografias panorâmica das arcadas com complementação

Rio de Janeiro, 05 de outubro de 2020.


Carla de Camargo da Costa Leite
Ortodontista
CRO RJ 14.321
Dra. Carla de Camargo da Costa Leite

Avenida Ataulfo de Paiva, 255 / sala 404 - Leblon - Rio de Janeiro - RJ
Telefone: 2259-9410



396597
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199287	7-Data Validade da Senha 13/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000004953005	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703208634281199
13-Nome PRISCILLA MAYWORM BOTELHO		14-Telefone 06/02/1974	15-Nome do titular do plano PRISCILLA MAYWORM BOTELHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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-	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00	0,00	S	20/10/20		AMB
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00	0,00	S	20/10/20		AMB
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 482,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20 Priscilla Botelho	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Clínica Sorrio
081.098.467-93
Rua santa clara, 115 sala 204 Copacabana
22041-011 Rio de Janeiro - RJ
Fone (21) 2547-4468

SPYRO SPRYDES RADIOLOGIA

Paciente

PRISCILLA MAYWORM BOTELHO

CPF 030.162.787-82 RG 096486535

06/fev (46 anos 7 meses 20 dias)

EXAMES

Documentação ortodôntica Spyro Spyrides

RECOMENDAÇÕES

Para uma melhor análise do seu caso, solicitamos que providencie a(s) seguinte(s) documentação(ões) relacionada(s) abaixo:

- Panorâmica;
- 2 RX Bite-wings (Direita e esquerda - região de molares);
- Periapical completo;
- Telerradiografia de perfil com traçados Steiner- Tweed
- Modelos Zoocalados
- 3 Fotos extra-orais (frente, perfil e sorriso)
- 5 Fotos intra-orais (Oclusão anterior, oclusão posterior D e E, oclusal superior e oclusal inferior)
- Pasta

JUSTIFICATIVA: solicito tais exames, para revisão odontológica, e início de tratamento ortodôntico.

Dr. Fernando Brito
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 28147

Rio de Janeiro, sábado, 26 de setembro de 2020

FERNANDO VINICIUS VARGAS BRITO – CRO-RJ 28247
Cirurgião-Dentista da Estratégia de Saúde da Família
Clínica Sorrio
081.098.467-93

Autenticação

0859E50E-87DB-43C2-8CB8-DA7E0B3855C1



383579
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/99/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194554	7-Data Validade da Senha 24/12/20
--------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994061559250	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 704703768105831
13-Nome DENISE POZZATO RESTON		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DENISE POZZATO RESTON	

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	
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-	0091000100	DOCUMENTACAO			1	260,00	0,00		S	21/10/20		
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 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 260,00	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 / /
--	--	--	--

Paciente: DENISE POZZATO RESTON

SOLICITO:

- RX- PANORÂMICA
- TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL
TRAÇADOS: - STEINER, MCNAMARA
TWEED
- ATM- (BOCA FECHADA, REPOUSO E BOCA ABERTA)
- MODELOS EM GESSO
 - DE ESTUDO (ZOCALADO E POLIDO).
- FOTOGRAFIAS - EXTRA-ORAL
 - REPOUSO, SORRINDO, P-DIREITO E ESQ.
- FOTOGRAFIAS - INTRA ORAL
 - OCLUSÃO FRONTAL, DIREITA, ESQUERDA.

Rio - 19/9/2020

Dr. Antonio D. R. Silva
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 27488

✉ antoniodrs7@hotmail.com

☎ (21) 2509-6841

📞 (21) 99831-4122

📍 Rua Santo Cristo, 273 - Sub. Santo Cristo - RJ

🌐 www.redeodontorio.wixsite.com/ceodrantonio

Odontologia Estética Especializada



403786
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201317	7-Data Validade da Senha 21/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994062365638		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IAVECCHIA FITNESS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705809411743933
13-Nome GIOVANNA SANTOS IAVECCHIA VILL			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SUELEN SANTOS IAVECCHIA VILLAR	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783		22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES			27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	26/10/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	26/10/20		
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 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 92,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



GIOVANNA SANTOS IAVECCHIA VILLARDO

Solicito PANORAMICA + PERIAPICAL DO ELEMENTO 74

PARA AVALIO ÓSSEA
PESQUISA DE CARIÊ

Maria A. S. M. Falcão
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 22142

23-10-2020

Unimed.

Responsável Técnico:

Dra. Maria Aparecida - CRO: RJ-CD-22142

(21) 3298-7070 • 3298-7060

/odontixkids @odontixkids

contato@odontixkids.com.br

Av. das Américas, 500 (Shopping Downtown)

Bloco 13, loja 129 - Rio de Janeiro, RJ



393000
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 50198006	7-Data Validade da Senha 06/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000022247290		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705809453375738
13-Nome ANA CAROLINA LESSA BORGES LUCA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO LUCAS DE AZEVEDO	

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

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	09/10/20		
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 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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Gabriella Oliveira

Odontologia Estética | Reabilitação Oral

CRO-RJ 41834

Ana Carolina Serra B. L. de Aguiar.

Soluto:

① Radiografia panorâmica.

Finalidade: Exodontia de 3^{os} molares.

Rio, 17/09/20

Dra. Gabriella Oliveira
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ 41834

(21) 98232-4350

gabriellaoliveira.odonto@gmail.com

Rua Visconde de Pirajá, 156 - sala 411 - Ipanema