



431298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50209990	7-Data Validade da Senha 01/03/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994063584864	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PERSONALE CONSULTORIA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70620504827769	
13-Nome LEONARDO VIANNA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO VIANNA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER
18-Número no CRO 16188	19-UF RJ
20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE
23-Número no CRO 16188	24-UF RJ
25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE
27-Número no CRO 16188	28-UF RJ
29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	02/12/12		x
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0003-05
FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DIGITAL DA FACE LTDA.
Rua do Quitanda, n.º 191 - Sala 804 - 8º Andar
Centro - CEP: 20.091-005
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 02/12/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/2012
--	---	---	---

Odontologia
clínica;
Reabilitação
oral e estética;
Harmonização
facial.

Dra. Elis Regina N. A. Valentim

CRO: 40996

Leonardo Lima.

Solução Pre pericardial completa
no paciente com




Dr. Elis Regina N. A. Valentim
CRO: 40996

Rio 28/11/2020

(21) 98168-6838
draelisregina@gmail.com



431562
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210071	7-Data Validade da Senha 01/03/21
Dados do Beneficiário			801 - Faturar Empresa		
8-Número da Carteira 00379994065326668	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAURO CORREA DE SOUZA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705602416904515	
13-Nome MAURO CORREA DE SOUZA		14-Telefone 04/04/1983	15-Nome do titular do plano MAURO CORREA DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE	27-Número no CRO 16188	28-UF RJ	29-Código CBO S		

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	313,00	0,00		S	10/12/20		x
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0003-05
FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DIGITAL DA FACE LTDA.
Rua da Quitanda, n.º 191 - Sala 804 - 8º Andar
Centro - CEP: 20.091-005
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 313,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/12/20
--	---	---	--

Dra. Sarita de Sá Guimarães

Cirurgiã-Dentista - CRO/RJ 26769

Especialista em Ortodontia

Membro da Sociedade Brasileira de Ortodontia

Membro da Associação Brasileira de Ortodontia

Mestre em Radiologia e Imaginologia Odontológica

Mauricio Correa de Souza

À Radiologia

Solicito:

1. Panorâmica digital; /
2. Periapical completo digital; /
3. Cefalométrica de perfil com traçado de Steiner e Tweed digital; //
4. Modelo de estudo zoocalado; //
5. Foto extra-oral: frente, frente sorrindo e perfil direito digital;
6. Foto intra-oral: em oclusão anterior, em oclusão lateral direita e esquerda e visão oclusal superior e inferior digital;

7. CD.

Dra. Sarita de Sá Guimarães
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ 26769

Sugestão:

- *Dentarium*
Tel: 2205-4056 / 2265-3740 / 2558-6195
Largo do Machado, 54 / 902 - Catete
- *Oral Image*
Tel: 2245-7123 / 2245-7127
Rua 2 de Dezembro, 78 / 915 - Catete
- *Data X*
Tel: 2234-1600 / 2567-1333