



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

326756
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/20	4-Data de Autorização 24/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7645403	7-Data Validade da Senha 17/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527863500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THAIS ALVES DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS ALVES 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	025 - 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	

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	24/06/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	24/06/20		
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 24/06/20	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 300,00	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 24/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/20 Thais Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/06/20
---	---	---	---





96557.1487.
3550.9455
99904:
3042.

Solicitação de Exame Radiográfico

Nome: Thais Alves da Silva

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

1. Panorâmica

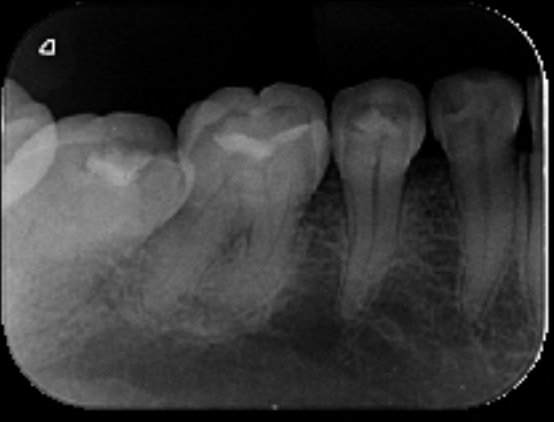
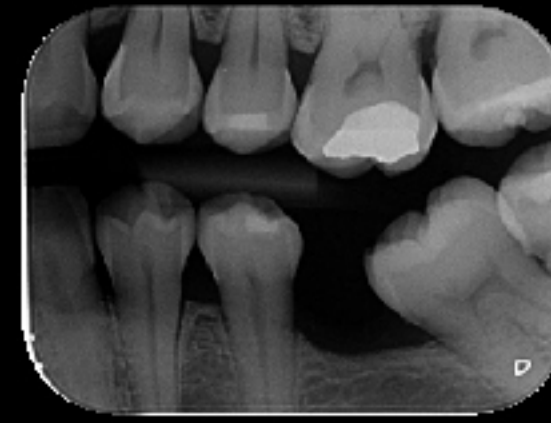
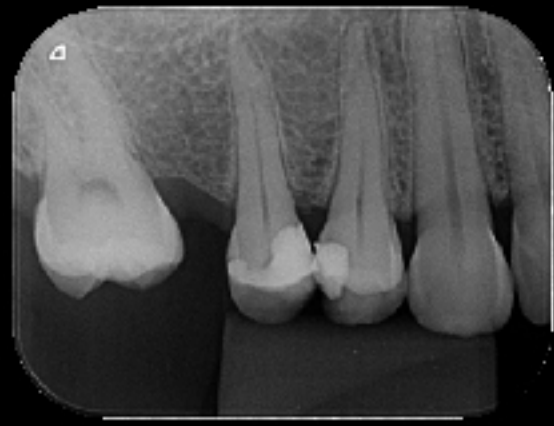
Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

2. Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 10 / 06 / 20.

Assinatura e carimbo
Dr. P. A. de Castro
& Es. Odontol.
CRO-RJ 36824





326761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/20	4-Data de Autorização 26/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7645446	7-Data Validade da Senha 17/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202527863500000102		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano THAIS ALVES DA SILVA	
13-Nome ALEX DO NASCIMENTO BRAGA		19/03/1979			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
16-Atendimento si RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	23-Número no CRO 16328	24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783		22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		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	26/06/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	26/06/20		
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 26/06/20	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 300,00	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 26/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/06/20
---	---	---	---



Orto
Premium

Clinica Odontologica

Solicitação de Exame Radiográfico

Nome:

Alex do Nascimento Braga.

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

1. Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

2. Periapical Completa com interproximais

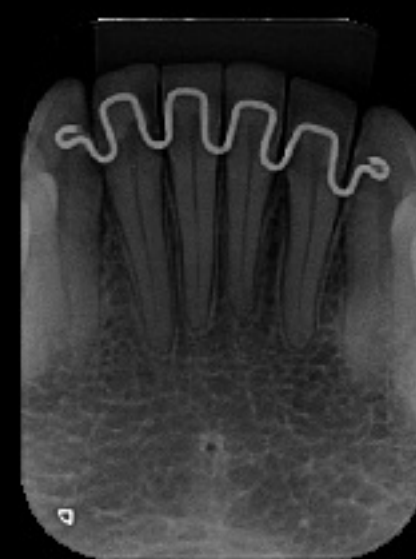
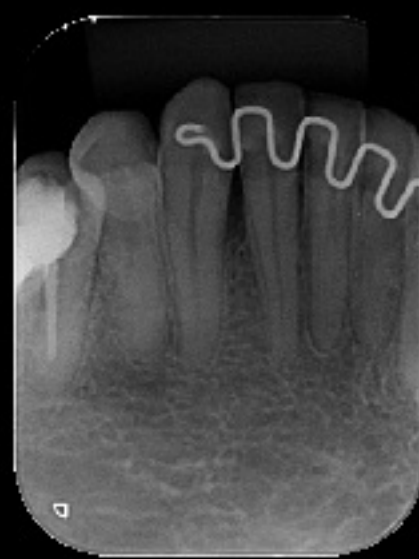
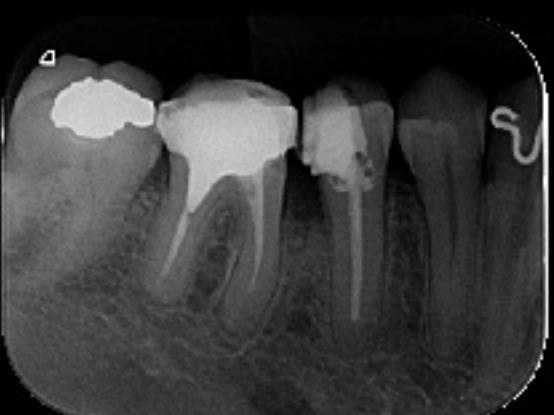
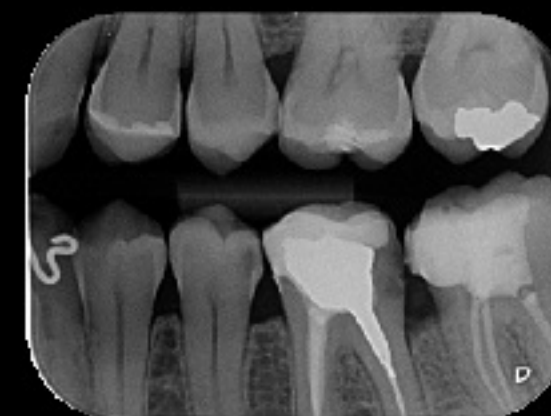
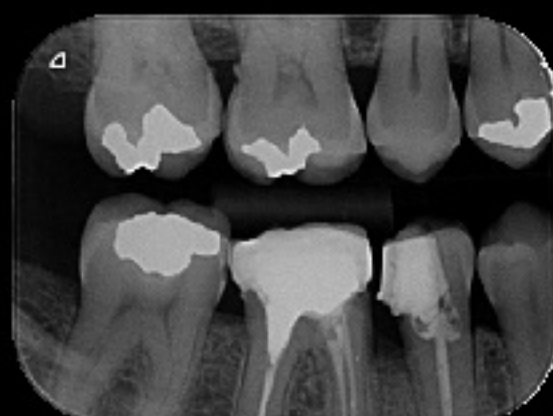
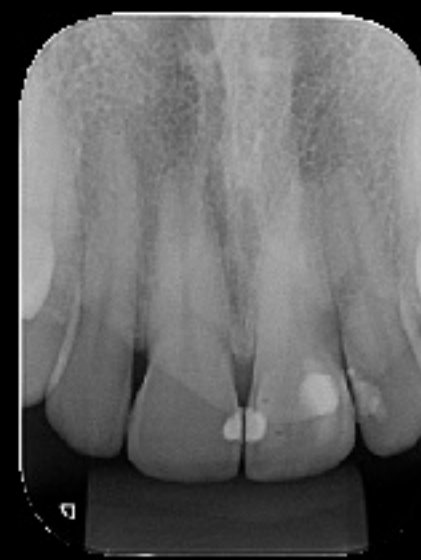
Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 10 / 06 / 20.

Dr. Pedro P. A. de Castro
Especialista em Odontologia
& Estomatologia
CRO-RJ 36824

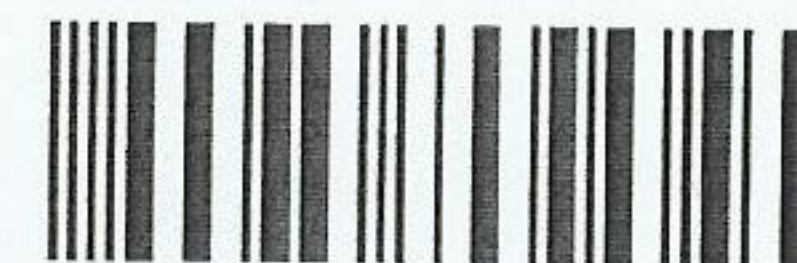
Assinatura e carimbo

Dr. Pedro P. A. de Castro
Especialista em Odontologia
& Estomatologia
CRO-RJ 36824



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329381
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização 26/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7659233	7-Data Validade da Senha 22/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527863500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALEX DO NASCIMENTO BRAGA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS ALVES 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	025 - 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
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	26/06/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	26/06/20		
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 26/06/20	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 28,00	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 26/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/06/20
---	---	---	---

Orto
Premium

Clinica Odontologica

Solicitação de Exame Radiográfico

Nome:

Alex do Nascimento Braga.

Solicito Exames Radiográficos para análise do paciente supracitado:

1. Panorâmica

Para verificações de sisos inclusos / tumores odontogênicos

2. Periapical Completa com interproximais

Avaliação de perda óssea / Avaliação de doenças periodontais

Rio de Janeiro, 10 / 06 / 20.

Dr. Pedro P. A. de Castro
Especialista em Odontologia
& Estomatologia
CRO-RJ 36824

Assinatura e carimbo

Dr. Pedro P. A. de Castro
Especialista em Odontologia
& Estomatologia
CRO-RJ 36824

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



321976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/20	4-Data de Autorização 09/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50165514	7-Data Validade da Senha 06/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000002779318	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700404941205546	
13-Nome ERCILIA BELLOCHIO PECANHA		14-Telefone 09/02/1950	15-Nome do titular do plano EDUARDO PECANHA		
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	

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

Paciente: Ercilia Bellochio Peçanha

Data Ex.: 07/07/2020

Doutor: ANA LUIZA R. AIRES

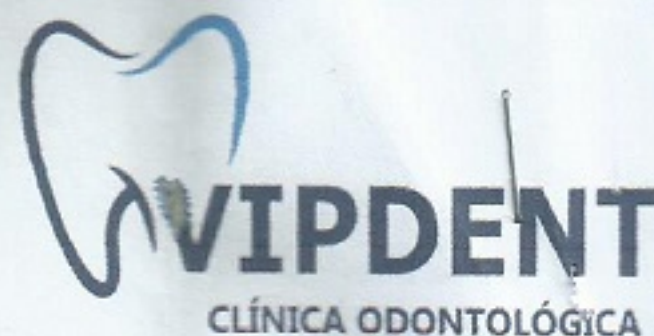


FACENTER



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

Encilia Bellochio Pequena

Solicitado:

- Panorâmica 251.

Indicação: Finalidade cirúrgica e ortodôntica

Ana Luiza R. Aires
Cirurgia Dentista
CRO-RJ 43646

Re. 08/06/2020

BARRA DA TIJUCA

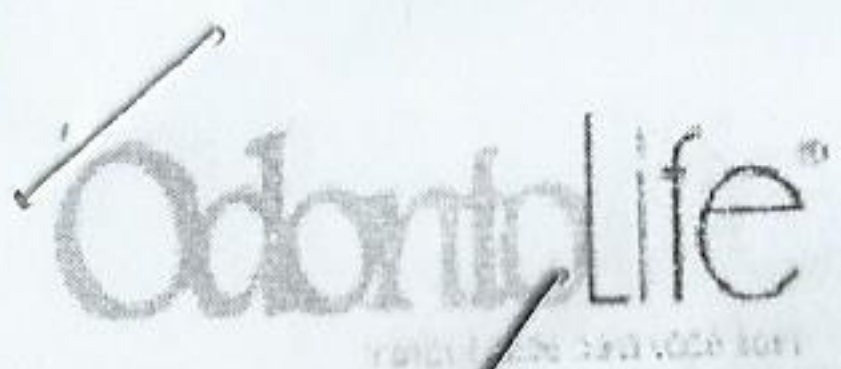
Av. Emb. Abelardo Bueno, 1
Ed. Abelardo Bueno - Sl 536
☎ 99666-3683 | 3400-7028

PRAÇA SECA

Centro Comercial 705
Rua Baronesa, 705 - Sl. 308
☎ 98104-9972 | 3439-1770 | 3017-0709

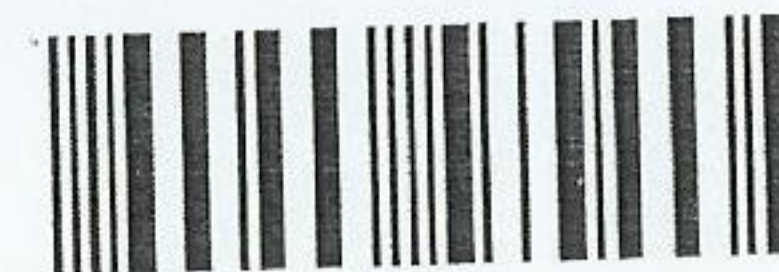
EPAO - 2739 Responsável Técnico Caio Marcelo L. Ferreira CRO RJ 28258

WWW.CLINICAVIPDENT.COM.BR | @vipdentclinica | Vipdent Odontologia



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

332066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 01/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173531	7-Data Validade da Senha 29/09/20
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPERATIVA EDITOR	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00379994059276700			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701807210514177		
13-Nome GUILHERME RIBEIRO JARDIM			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PATRICIA RIBEIRO DE SOUSA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 16328
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00239995783			22-Nome do Contratado Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		19-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES			23-Número no CRO 16328		20-Código CBO S 09
			24-UF RJ		25-Código CNES (I) 81000405
			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	01/07/20		
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 01/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Paciente: Guilherme Ribeiro Jardim

Data Ex.: 01/07/2020

Doutor: LINA NORONHA





Paciente : Guilherme Ribeiro Jardim

Solicito panorâmica para credentia
dos elementos 18, 28, 38, 48.



06-07-2020

Lina de Miranda Noronha
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 13095

Largo do Machado, 54, sala 503, Catete – Edifício Flex Center, Cep 22221-020 - Rio de Janeiro

 /dracamilacanellas

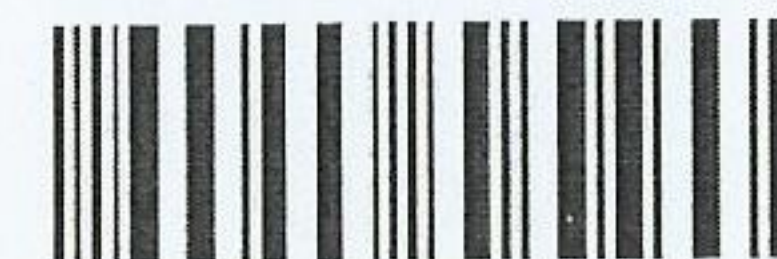
 /dra.camilacanellas

 (21) 99210-8556



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

332890
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/20	4-Data de Autorização 02/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173881	7-Data Validade da Senha 30/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000028185970	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703006859204973
13-Nome BARBARA FERRAZ DA COSTA MOURA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BARBARA FERRAZ DA COSTA MOURA	

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) 81000421-RIS
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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	02/07/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

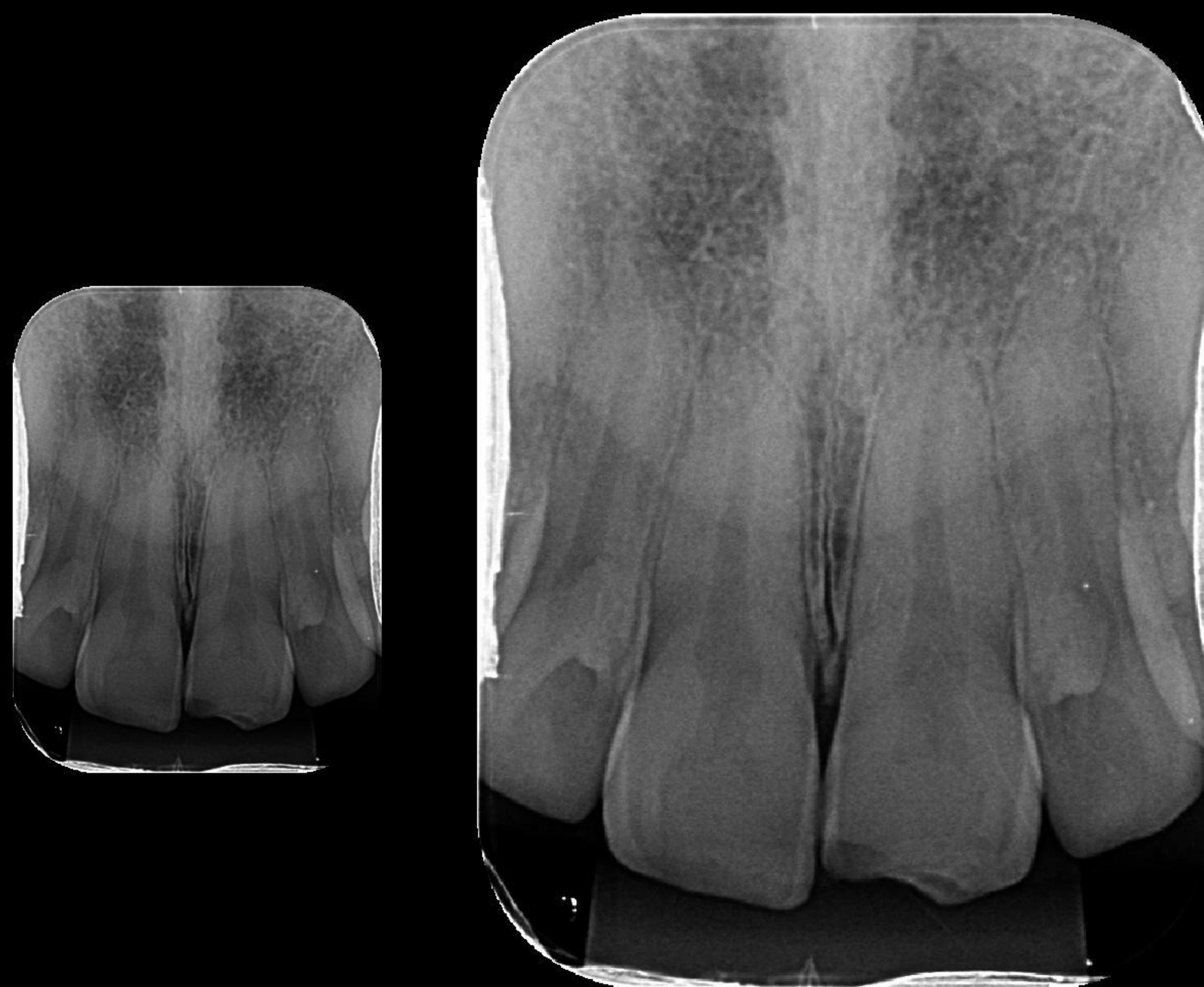
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 02/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Paciente : Barbara Ferraz da C Moura Data de Nascimento :07/04/1993
Dr.(a):Maria Zita de S Andrade
ID:96786cs - 11:32:34 Data do Ex : 02/07/2020

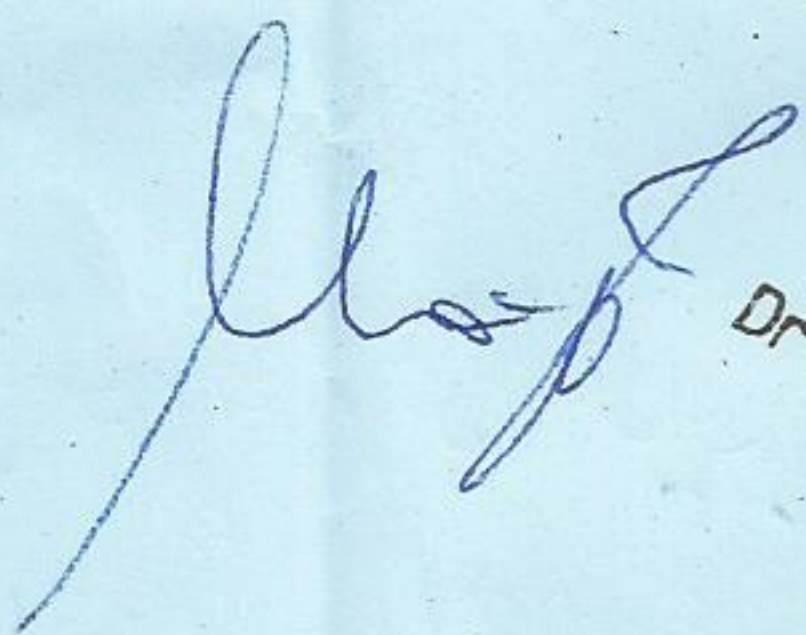


Maria Zita  cirurgia dentista
CRO 17.808

Barbara Ferraz da Costa Moura,

RX periapical do dente

21.
avaliar cárie



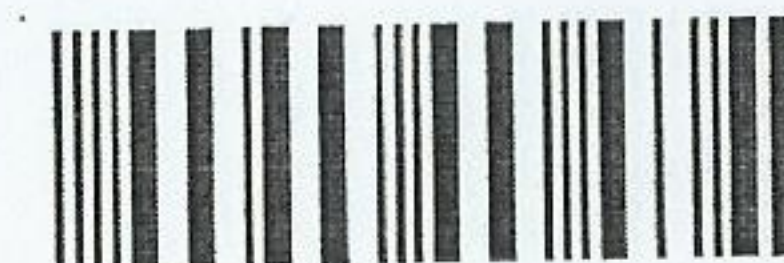
Drª MARIA ZITA S. ANDRADE
CRO - 17808-3

Recebi a receita em: 15 / 06 / 2020



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

333313
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/20	4-Data de Autorização 03/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174070	7-Data Validade da Senha 30/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00379994060707213	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 704507653778820
13-Nome PRISCILLA DOS REIS COSTA	21/07/1981	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PRISCILLA DOS REIS COSTA		

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			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição										
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			03/07/20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 03/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/07/20 Priscilla Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Paciente: Priscilla dos Reis Costa
Data Ex.: 03/07/2020
Doutor: MAIRA MARTINS





Priscila dos Reis Costa

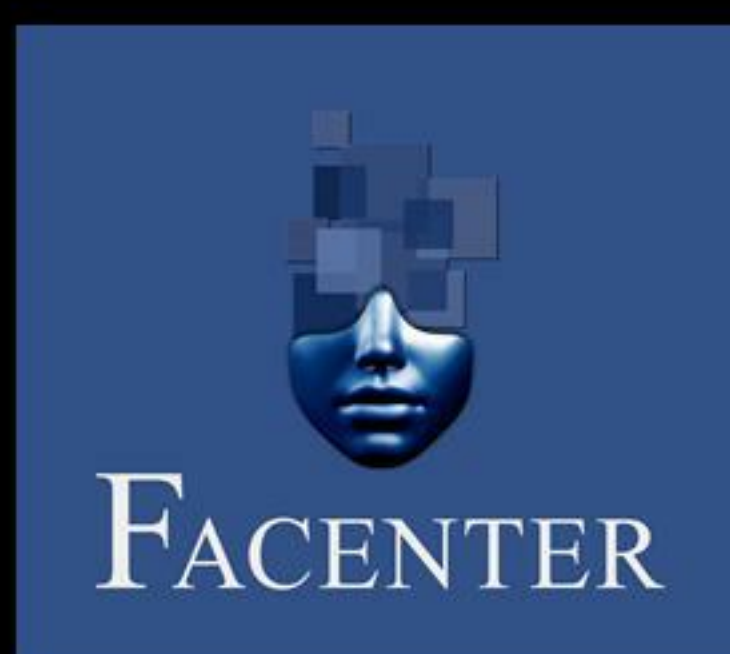
SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

- ☒ Panorâmico
☐ Periapical do(s) dente(s) _____
☐ Periapical completo

Indicação: Exodontia

Dr.^a Maira S. Martins
Cirurgiã Bucomaxilofacial
CRM-RJ 34.460

RJ, 30/06/2020



Paciente : Creuza Lucia G Botelho Data de Nascimento : 11/12/1946

Dr.(a):Leonardo Altieri

ID:96258 M - 10:41:58 Data do Ex : 10/06/2020





334154
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2012	4-Data de Autorização 04/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174398	7-Data Validade da Senha 02/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000022519567	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707808659638012
13-Nome CREUZA LUCIA GONCALVES BOTELHO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS ALMEIDA 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	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	
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	04/07/20		
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 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 04/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

DR. LEONARDO ALTIERI

Cirurgião Dentista

CRO-RJ 26.149

CREUZA LÚCIA G. BOTELHO

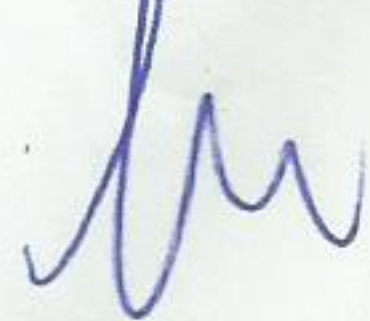
EX - RADIOLOGIA

1- PERIAPICAL COMPLETO COM B.W.

FINALIDADE: TRATAMENTO

PERIODONTAL AVANÇADO

03.07-2020

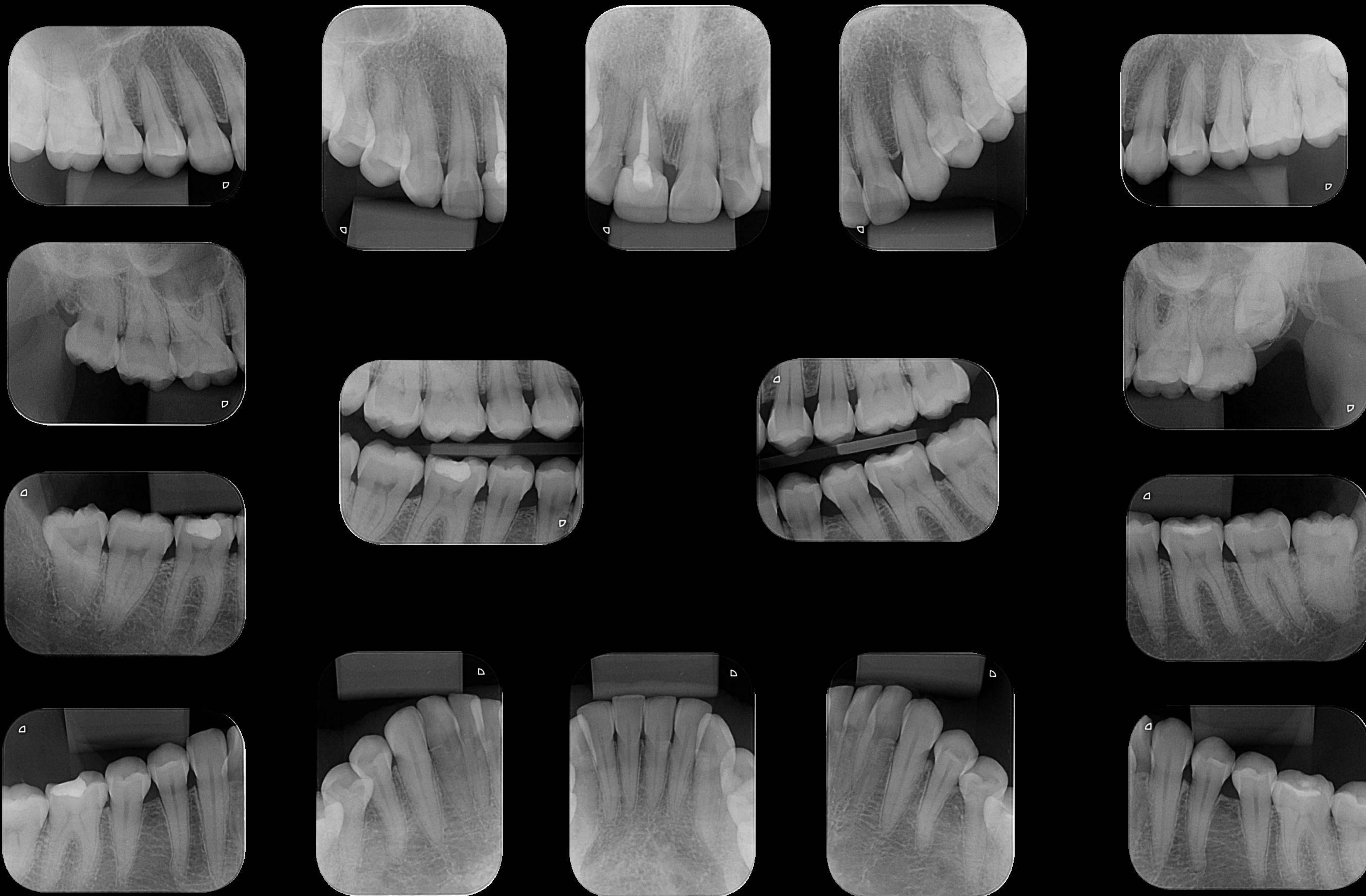


Leonardo Altieri
Cirurgião Dentista
CRO - RJ 26.149

RID, 3/7/20



Paciente : Larissa Gomes Cabral Data de Nascimento :06/02/1990
Dr.(a):Bianca Gomes
ID:97612cs - 12:34:00 Data do Ex : 17/07/2020



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



336182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/20	4-Data de Autorização 09/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175221	7-Data Validade da Senha 06/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00372791001270909	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APPORTUS - AGIL 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708009858078420	
13-Nome LARISSA GOMES CABRAL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AGENOR CABRAL FILHO		
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) 81000375-RMD
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S	(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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	14/07/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	14/07/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0001-35

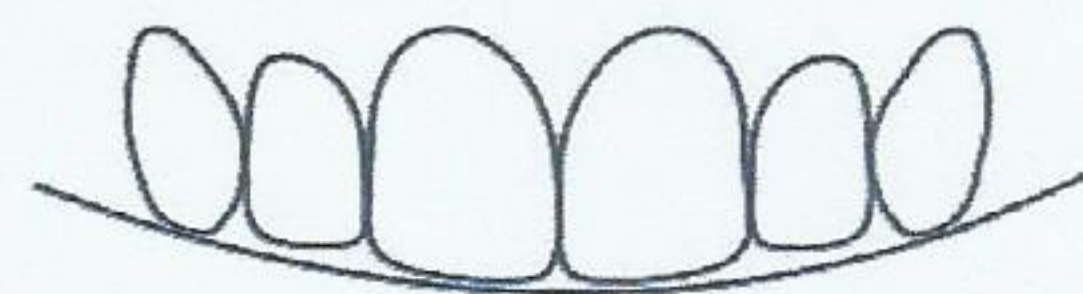
FACENTER - CENTRO DE
DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA
Rua Visconde de Pirajá, 550 - Sala 322
Ipanema - CEP 22.410-002
Rio de Janeiro - RJ

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 28,00	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 / /
--	--	--	--



PEDIDO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Paciente: Larissa Cabral

Data:

Solicito Radiografia

- Periapical Completa
(com BW de molares dos dois lados)

Motivo: avaliação de lesões cariosas

Dra. Bianca Gomes
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 39859

10.07.2020

Dra. Bianca Gomes - Cirurgiã Dentista

CRO-RJ 39859

Por gentileza, se possível, envie os exames por e-mail

Dra. Bianca Gomes

Odontologia integrada
Rua Conde de Bonfim 120, sala 919 - Tijuca - RJ
Rua Maria Quitéria 77, sala 1109 - Ipanema - RJ

☎ +55 21 98771 3494
contato@biancagomes.com.br

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/20	4-Data de Autorização 14/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176354	7-Data Validade da Senha 12/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00372791001270909	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APPORTUS - AGIL 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708009858078420
13-Nome LARISSA GOMES CABRAL		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano AGENOR CABRAL FILHO		

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			
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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	14/07/20		
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.

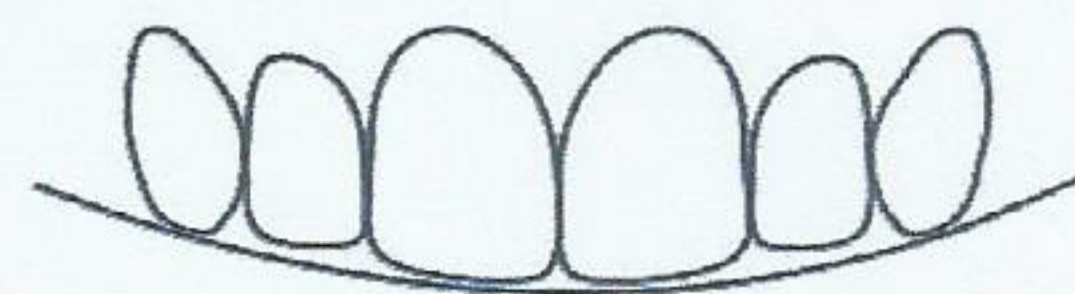
Rua Visconde de Pirajá, 550 - Sala 322
Ipanema - CEP 22.410-002
Rio de Janeiro - RJ

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 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 14/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



PEDIDO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Paciente: Larissa Cabral

Data:

Solicito Radiografia

- Periapical Completa
(com BW de molares dos dois lados)

Motivo: avaliação de lesões cariosas

Dra. Bianca Gomes
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 39859

10.07.2020

Dra. Bianca Gomes - Cirurgiã Dentista

CRO-RJ 39859

Por gentileza, se possível, envie os exames por e-mail

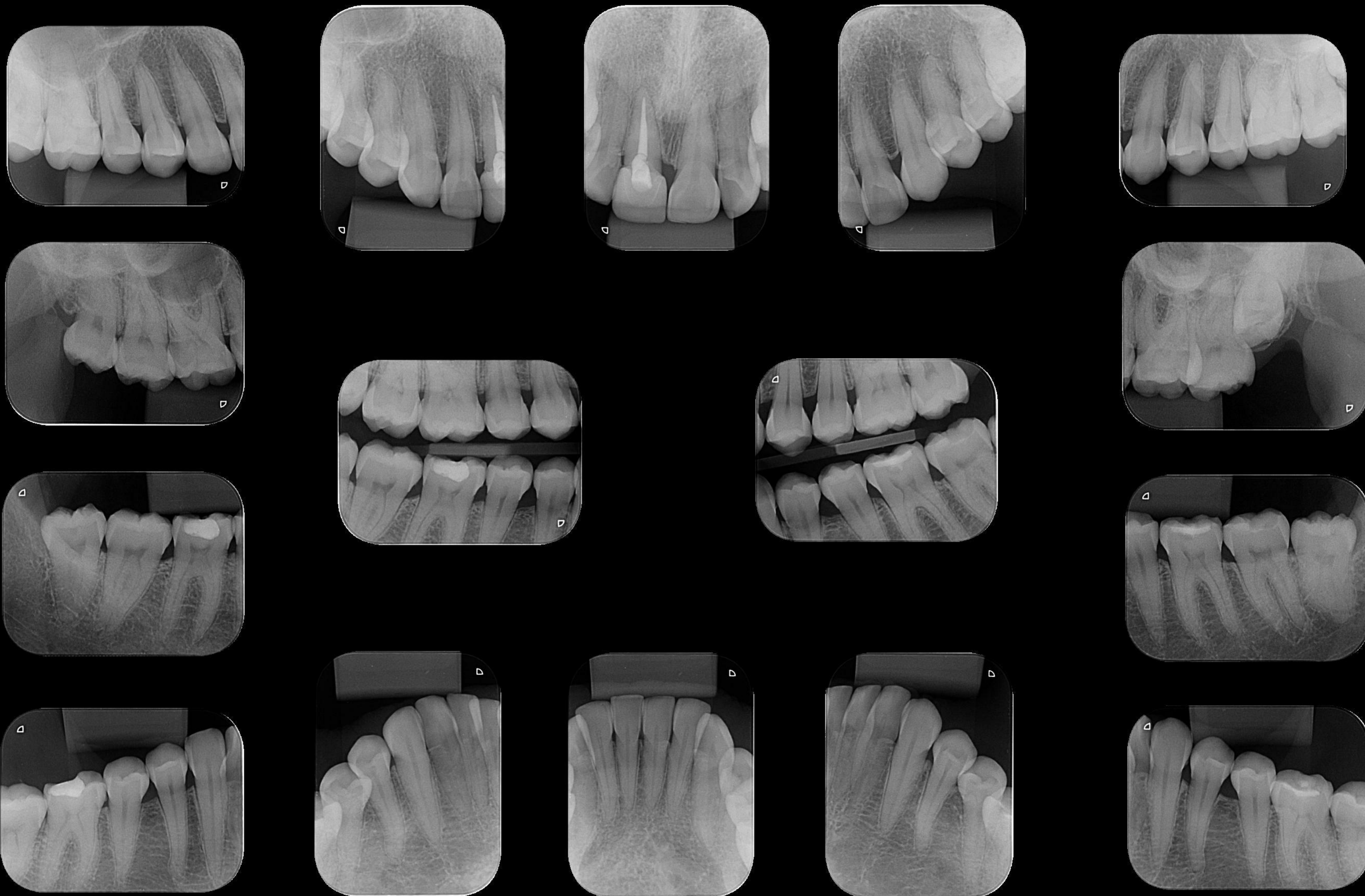
Dra. Bianca Gomes

Odontologia integrada
Rua Conde de Bonfim 120, sala 919 - Tijuca - RJ
Rua Maria Quitéria 77, sala 1109 - Ipanema - RJ

☎ +55 21 98771 3494
contato@biancagomes.com.br



Paciente : Larissa Gomes Cabral Data de Nascimento :06/02/1990
Dr.(a):Bianca Gomes
ID:97612cs - 12:34:00 Data do Ex : 17/07/2020



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176669	7-Data Validade da Senha 13/10/20
Dados do Beneficiário			Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
8-Número da Carteira 00379994060203142	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GERALDO ORLANDO PE	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002114498306	
13-Nome ALINE DA COSTA AGUIAR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GERALDO ORLANDO PEREIRA DE AGU		
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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00				S	15/07/20		KLP
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\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

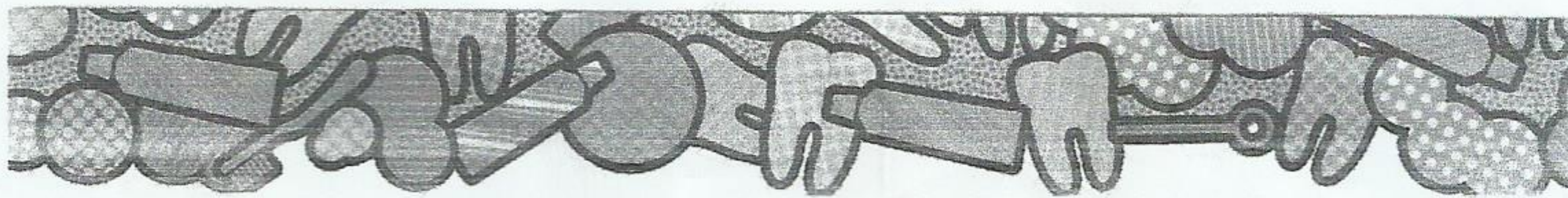
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 15/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Paciente: Aline da Costa Aguiar
Data Ex.: 15/07/2020
Doutor: Elisa Soares





Dra. Elisa de Almeida Soares
Cirurgiã-Dentista
Protesista
CRO 35294

Aline da Costa Aguiar

Solicito radiografia panorâmica
sem dor.

10-07-2020

Elisa de Almeida Soares
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 35294

Elisa de Almeida Soares
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 35294

Avenida Presidente Vargas, 633 - Sala 1602 - Centro - 20071-004 - Rio de Janeiro - RJ
Fone: (21) 3901.2341 - E-mail: draelisasoares@yahoo.com.br



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340900
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/07/20	4-Data de Autorização 17/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177194	7-Data Validade da Senha 15/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00372791001270909	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APPORTUS - AGIL 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708009858078420
13-Nome LARISSA GOMES CABRAL	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AGENOR CABRAL FILHO		

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	14/07/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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.

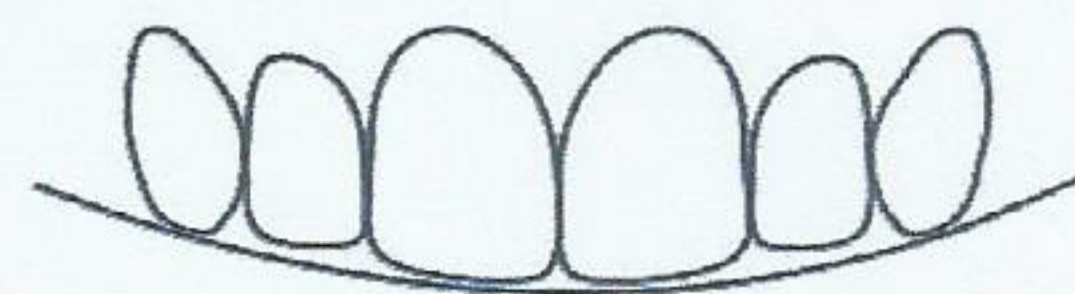
49-Observação

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 / /
--	--	--	--



Paciente : Larissa Gomes Cabral Data de Nascimento :06/02/1990
Dr.(a):Bianca Gomes
ID:97612cs - 12:34:00 Data do Ex : 17/07/2020





PEDIDO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Paciente: Larissa Cabral

Data:

Solicito Radiografia

- Periapical Completa
(com BW de molares dos dois lados)

Motivo: avaliação de lesões cariosas

Dra. Bianca Gomes
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 39859

10.07.2020

Dra. Bianca Gomes - Cirurgiã Dentista

CRO-RJ 39859

Por gentileza, se possível, envie os exames por e-mail

Dra. Bianca Gomes

Odontologia integrada

Rua Conde de Bonfim 120, sala 919 - Tijuca - RJ
Rua Maria Quitéria 77, sala 1109 - Ipanema - RJ

☎ +55 21 98771 3494
contato@biancagomes.com.br



08133

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

347984
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180173	7-Data Validade da Senha 27/10/20
8-Número da Carteira 00373195009907000		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705005670521450
13-Nome SIDNEY LIANZA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SIDNEY LIANZA	

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) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE TODESCHINI PIRES		27-Número no CRO 16328	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	29/07/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	29/07/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	29/07/20		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	29/07/20		
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	29/07/20		
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

Iponeima - 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 278,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

347984



Requisição de Exame Radiográfico

Paciente: Sidney Liauza

Periapical completo com interproximais (molares e pré-molares)

tratamento periodontal

DR. ANTONIO J. R. DE CASTRO
Endodontista
CRO/RJ - 1.16615

28.07.2020

Sugestões de clínicas radiológicas

DATA-X (BOTAFOGO) - 2234.1600	FACE CENTER (IPANEMA/BARRA) - 2239.0513	MURILO TORRES (IPANEMA) - 3579.8250/2247.0189	ODT (COPACABANA) 2255.1468
----------------------------------	--	--	-------------------------------

Rua Visconde de Pirajá, 414/709 - Ipanema - Cep: 22410-003 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: 21 2267.4742 - 21 2521.6849 - Whatsapp: 21 98778.6663



Paciente : Sidney Lianza Data de Nascimento :03/09/1950
Dr.(a):Antonio J R de Castro
ID:98133 M - 17:23:25 Data do Ex : 29/07/2020

