



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

368777
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/2012	4-Data de Autorização 02/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188855	7-Data Validade da Senha 01/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 003700023823375	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004626160826	
13-Nome ANA CLARA RIBEIRO OSSO		14-Telefone 24/05/2014 () -	15-Nome do titular do plano CARMINE OSSO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710		22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0091000100		DOCUMENTACAO			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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					

Para: Ana Clara Ribeiro Osso

Documentação inicial para Ortopedia Funcional dos Maxilares

Solicito:

- Radiografia panorâmica com laudo
- Telerradiografia de perfil com traçado de Bimler e Petrovic
- Escaneamento intraoral superior e inferior com modelos impressos
- Fotos:
 - Extraoral (frontal, frontal sorrindo, perfil direito e esquerdo)
 - Intraoral (oclusão anterior, oclusão lateral direito e esquerdo, oclusão superior e inferior)

Rio de Janeiro, 26 de agosto de 2020.


Dra. Carla Martins de Oliveira
Carla Martins
CRO RJ 25747

Dra Carla Martins

Cirurgiã-dentista CRO/RJ 25747 - Especialista, Mestre e Doutora em Odontopediatria

Av. João Cabral de Mello Neto, 850 Torre 3 sala 1609 – Edifício CEO - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 22.775-057
Fone: (21) 3030-5320 WhatsApp: (21) 98646-2060 . Facebook: dracarlamartins.odontopediatria . Instagram: dracarlamartins
www.dracarlamartins.com.br



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

378413
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012	4-Data de Autorização 21/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885281	7-Data Validade da Senha 17/12/2012												
Dados do Beneficiário																	
8-Número da Carteira 00202510220300246001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome ANGELA CRISTINA FORTES IORIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANGELA CRISTINA FORTES IORIO														
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES													
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura					
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	21/09/2012		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 / /			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /								

021 DENTAL

ANGELA CRISTINA FORTES IÓRIO

① SOLICITO RAIO X PANORÂMICO
PARA EXODONTIA DOS ELEMENTOS
15 e 26.

Dra. Giovanna F. Sciammarella
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 49149

11/09/20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

370732
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2019	4-Data de Autorização 10/04/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189605	7-Data Validade da Senha 10/03/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10037000009019050	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SESMARIA CONSTRUCO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008034508009	
13-Nome GERUSA DE OLIVEIRA SILVA			14-Telefone (11) / /	15-Nome do titular do plano GERUSA DE OLIVEIRA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710		22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES			27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00	81000294	LEVANTAMENTO			1
2-					2
3-					2
4-					2
5-					0
6-					0
7-					0
8-					0
9-					0
10-					0
11-					0
12-					0
13-					0
14-					0
15-					0
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
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					



ENCAMINHAMENTO

Encaminho a paciente: Gerusa de Oliveira Silva

Para realização do seguinte exame:

Radiografia Periapical completo

Motivo:

Verificação De Perda Óssea

26/08/20

(21) 2494-6226 / 98115-3978

Filial 1 Barra: Av. Olegário Maciel, 531 sl 225 - Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 98115-3978

Dra. Karina de Prado Feltran
CRO 30200

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



366087
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 28/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187671	7-Data Validade da Senha 26/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000013764392		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 700002866898405
13-Nome GIOVANNA RIBEIRO BASTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAELA RIBEIRO BARBOSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710		22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE (I) 81000421-RRI

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	01/09/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	01/09/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RIL		1	14,00	0,00		S	01/09/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	01/09/20		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	01/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE LTDA
Av. das Américas, n.º 4066 - Sala 408
Centro Médico H - Santa Shopping
Barro da Tijoca - CEP: 22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/2012
---	---	---	---



DENISE CARVALHO

ODONTOLOGIA | CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CRO - RJ 25429

Mestre e Especialista em Odontopediatria pela UERJ

Sócia da Associação Brasileira de Odontopediatria

Membro do Departamento de Saúde Escolar da Sociedade de
Pediatría do Estado do Rio de Janeiro (SOPER)

Membro da American Academy of Pediatric Dentistry

Giovanna Ribeiro Bastos

Soluto

- Radiografia panorâmica com complementares
(invisíveis e interproximais)

* interproximais sem sobreposição para diagnóstico
cárie interproximal

Rio, 19/08/20

Denise Martins Carvalho

Dra Denise Carvalho

CRO-RJ 25429

Odontologia crianças
e adolescentes

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



381818
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 50193831	7-Data Validade da Senha 22/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994061725673	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 701005879589695	
13-Nome JOSE AUGUSTO VARELLA BARCA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE AUGUSTO VARELLA BARCA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,20	0,00		S	23/09/2012		X
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	23/09/2012		X
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	23/09/2012		X
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACE ITAIA
Av. das Américas, nº 4466 - Sala 406
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 250,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		

11.ª. 13h



CAPO

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Dr. Bernardo Campos Machado
Clínica Geral e Prótese
CRO RJ 37194

Dra. Priscila Paiva de Sá
Clínica Geral e Ortodontia
CRO RJ 37265

Sr. Augusto Varela Barco

Soluto Rx panorâmica completo com bite
Wings



Rio 16/03/20

Dr. Bernardo Campos Machado
Clínica Geral e Prótese
CRO RJ 37194



Rua Cardoso de Morais, 61 sala 426 - Bonsucesso
Rio de Janeiro, RJ - CEP 21032-000
(21) 3868 3998 / (21) 3649 0490
contato@bmcentroodontologico.com.br

JULIA COSTA PEIXOTO ROCHA

SOLICITO RX PANORÂMICO + RX CEFAL-
LOMETRICO DE PERFIL COM TRAÇADO
COMPUTACIONALIZADO USP/UNICAMP +
FOTOGRAFIA - Orais LK OCLUSÃO FRONTAL
+ LATERAL + ESQUERDA + FOTO EXTRA-
ORAL FRONTAL + FRONTAL SORRINDO
+ PERFIL DIREITO + MODELO DE
GESSO ZOCADO.

Carla Andrea Bizzo Varandas
Cirurgia - Dentária
Ortopedia
CRO - RJ 21333

RJ 25/08/20



370694
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/10/2019		4-Data de Autorização 04/10/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50189599		7-Data Validade da Senha 03/12/2019					
Dados do Beneficiário						10-Empresa IBBCA CRP 25760			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703402328249200				
8-Número da Carteira 0037000010949880						9-Plano POS REDE PRESTADORA			14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JULIANA BATISTA DE SOUZA				
13-Nome JULIANA BATISTA DE SOUZA						07/02/1977									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						18-Número no CRO 25255			19-UF RJ		20-Código CBO S 09				
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER				23-Número no CRO 25255			24-UF RJ		25-Código CNES (I) 81000405				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710		22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES				26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES			28-UF RJ		29-Código CBO S (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			08/09/20					
2-00	81000405	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00			08/09/20					
3-00	81000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			08/09/20					
4-00	81000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			08/09/20					
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 328,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/09/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/09/20			

Dr. Leonardo Rocha Brasil
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 44124

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Juliana Batista de Souza

Ào Serviço de Radiologia solicito:

1) Radiografia Panorâmica

2) Radiografia Periapical completa + bu

Rio 08/09/2020
Dr. Leonardo Rocha Brasil
Cirurgião-Dentista
CRO: RJ-CD-44124



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

375539
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191427	7-Data Validade da Senha 14/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000007360900	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRIMEIRA IGREJA BATISTA DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70320664481997
13-Nome LINDOVAL TEIXEIRA DUARTE		14-Telefone 14/11/1964	15-Nome do titular do plano LINDOVAL TEIXEIRA DUARTE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	15/09/20		
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 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 15/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



371842
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 10/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7854924	7-Data Validade da Senha 08/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507367000441602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCIANE WOLF		14-Telefone 16/06/1975	15-Nome do titular do plano PEDRO DE OLIVEIRA PINTO WOLF		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD

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	10/09/20		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	10/09/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	10/09/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	10/09/20		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	10/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DENTAL DA FACE LTDA.
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra Shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

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



Paciente:

Luciane Wolf

Solicito :

- Radiografias Periapicais de todos os elementos (técnica do paralelismo)
- Radiografias Interproximais direita e esquerda, molares e pré molares


Elisa Barbosa Fedorzi Henrique
Cirurgia Dentista
CRD 37364

Rio 04/09/20.

Av. das Américas, 500 - Bloco 23 / Sala 205
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22640-100

☎ 21 2143-7828

✉ recepcao@felicidente.com.br

🌐 www.felicidente.com.br



371840
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/20	4-Data de Autorização 09/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190009	7-Data Validade da Senha 08/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PEDRO HENRIQUE DO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707400040330875	
8-Número da Carteira 0037000032714273		13-Nome MARIA ALICE DO AMARAL		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano PEDRO HENRIQUE DO AMARAL			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 25255		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710		22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		23-Número no CRO 25255		24-UF RJ		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000375-RPD		(I) 81000375-RPE	
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255		28-UF RJ		29-Código CBO S							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000294		LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	09/09/20		
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	09/09/20		
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	09/09/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACCOR
Av. das Américas, n.º 4666 - Sala 406
Centro Médico II - Barra Shopping
Barra da Tijuca - CEP: 22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



Dr. Bernardo Campos Machado
Clínica Geral e Prótese
CRO RJ 37194

Dra. Priscila Paiva de Sá
Clínica Geral e Ortodontia
CRO RJ 37265

Mario Alia do Amaral

Soluto Rx perapical completo com bite
wings.

Rio 31/08/20


Dr. Bernardo Campos Machado
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 37194

983304429

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



358619
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 18/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184705	7-Data Validade da Senha 16/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000032614228		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LCI ESTRATEGIAS E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702105702883799
13-Nome MILTON ELISEU KOHN		14-Telefone 17/02/1944		15-Nome do titular do plano MILTON ELISEU KOHN	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710		22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		23-Número no CRO 25255	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255		28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

801 -
Faturar Empresa

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			01/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--

RECEITUÁRIO ODONTOLÓGICO

Milton KOTHU.

Solicito radiografia
periapical completa digital

Rio, 08/08/20

Marcia Kutwak
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ 17498-3

Av. das Américas, 3555 - Bloco 2 - Sala 314 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: 2495-5980

E-mail: proclinbarra@yahoo.com.br



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

376990
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2019	4-Data de Autorização 17/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50192052	7-Data Validação da Senha 15/11/2019							
Dados do Beneficiário												
9-Número da Carteira 00375584160166503	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 704705799352735								
13-Nome ROBERTO CHATEL VASCONCELLOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBERTO CHATEL VASCONCELLOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	21/09/20		
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 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 21/09/20			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/09/20			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/20			53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/09/20			



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente: Roberto Chatel Vasconcelos

Para realização do seguinte exame:

Radiografia Panorâmica

Motivo:

Avaliação de Fratura

09/09/20
Dra. Karina do Prado Feltran
CRO 30200

(21) 2494-6226 / 98115-3978

Filial 1 Barra: Av. Olegário Maciel, 531 sl 225 - Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 98115-3978



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

365977
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2018	4-Data de Autorização 28/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187627	7-Data Validade da Senha 26/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994059365959	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALIVIDA COMAER	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705006466105453
13-Nome SILVIO AZEVEDO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILVIO AZEVEDO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	04/09/20		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 04/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Silvia Azurde do Silva

Excluído Rx panorâmica para
análise clínica, ortódica,
e posição dos 32 molares.

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã - Dentista
CRO - RJ: 37382

AC

28/03/20

☎ 21 97388-8012
(WhatsApp)

☎ 21 3936-1003

f Odonto Fields

@odontofields

Praça Saiqui, 40 - salas 201 e 203
Bela Valqueire - RJ



359753
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2010	4-Data de Autorização 15/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185145	7-Data Validade da Senha 11/11/2010
Dados do Beneficiário		10-Empresa OTZ ENGENHARIA LTDA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707002838161832
8-Número da Carteira 00379994060297635		9-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone () -	
13-Nome TERESA CRISTINA FERREIRA MOREI		22/08/1955		15-Nome do titular do plano IVAN MARQUES PINTO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 25255		19-UF RJ	20-Código CBO S 09
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		23-Número no CRO 25255		24-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710		22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255		28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000510	TOMOGRAFIA COMP POR FEIXE	AS		1	464,00	213,44			15/09/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACULDADE
Av. das Américas, n.º 4696 - Sala 409
Centro Médico II - Barra shopping
Barra da Tijuca - CEP:22.640-902
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 464,00	47-Valor Total R\$ 213,44	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 15/09/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/2010	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

362850
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/2010	4-Data de Autorização 25/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7815937	7-Data Validade da Senha 22/11/2010
Dados do Beneficiário			2-Nº		
8-Número da Carteira 00202507367000490202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THANIA MARTHA VELASCO PELAEZ		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SAMUEL DIAZ DE LEON VILLALOBOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0081000405	31-Código do Procedimento	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	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					
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 78100	47-Valor Total R\$ 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/08/2010		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/2010	
53-Data, local e Carimbo da Empresa		31/08/2010			



Dra. Janaina Folly N. Giraldes

Cirurgiã-Dentista | CRO-RJ 24.451

Clínica Geral | Endodontia

Tania Martha Veloso Pelauz.

Solicito radiografia panorâmica
para diagnóstico clínico e plane-
jamento de implante na região dos
dentes 15, e 25. Obrigada

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

RIO 31/03/2022

[Signature]