

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



442486
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2012	4-Data de Autorização 18/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8152736	7-Data Validade da Senha 17/03/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510220300388002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIZE COUTINHO UMBELINO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WAGNER JOSE UMBELINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16328	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 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	28/12/20		
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 28/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



HARMONICE
ESTÉTICA E BEM ESTAR

- Mestre em Reabilitação Oral
- Especialista em Periodontia e Implantodontia
- American Academy of Periodontology
- Dental Organization for Conscious Sedation
- International Congress of Oral Implantologists
- Academia Internacional de Periodontia e Implantologia
- Academia Brasileira de Osseointegração
- Academia Internacional de Estética Buco Maxilofacial
- American Academy of Aesthetic Health

Paciente Marize Schubelino

Solicita Rx panorâmica

Molinos - Aval. reabsorção
óssea.

11/12/20

Rio de Janeiro ____/____/____



Msc. DMD. José Antônio Castro Herrera
CRO-RJ 21307

Instagram: [clinchasharmonice](#) Facebook: [clinchasharmonice](#)
Phone: 21 3285.5442 WhatsApp: 21 98185.2795

Av. das Américas - nº 2901 - Ap. 101 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro



443539
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012	4-Data de Autorização 18/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8156194	7-Data Validade da Senha 18/03/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510220300388001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WAGNER JOSE UMBELINO			14-Telefone 17/08/1954	15-Nome do titular do plano WAGNER JOSE UMBELINO		

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 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

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			21/12/12		
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 21/12/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/12/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/12/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



HARMONICE
ESTÉTICA E BEM ESTAR

- Mestre em Reabilitação Oral
- Especialista em Periodontia e Implantodontia
- American Academy of Periodontology
- Dental Organization for Conscious Sedation
- Internacional Congress of Oral Implantologists
- Academia Internacional de Periodontia e Implantologia
- Academia Brasileira de Osseointegração
- Academia Internacional de Estética Buco Maxilofacial
- American Academy of Aesthetic Health

Paradek Wagner Humbelino

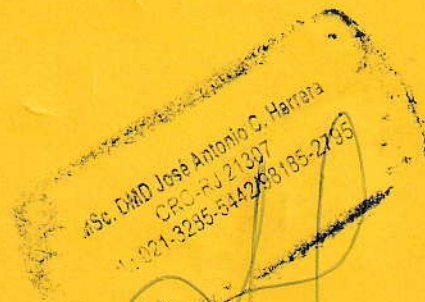
Solicitado Rx panorâmico

Motivo - estale / Hto

Implantes / -finalização
Protocolo inf.

12/12/20

Rio de Janeiro ___/___/___



Msc. DMD. José Antonio Castro Herrera
CRORJ 21307

Instagram: clinicasharmonice Facebook: clinicasharmonice

WhatsApp: 21 3285.5442

WhatsApp: 21 98185.2795

Av. das Américas - nº 2901 - Ap. 101 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro