



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2º

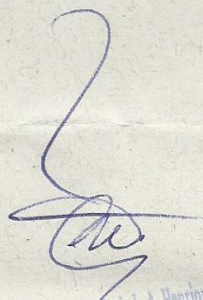
350683
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50181336	7-Data Validade da Senha 02/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000003435655	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708103575345537	
13-Nome BRUNA GARCIA ASTUTO		14-Telefone 14/05/1998	15-Nome do titular do plano HAROLDO ASTUTO JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 172892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	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
1-0081000294	LEVANTAMENTO				1
2-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD			1
3-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME			1
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					

Dra. Cristina Maria Loureiro Aguiar Henriques
Dentística Restauradora / Odontologia Estética
CRO/RJ 20397

Bruma Garcia Arzuto

Paciente supracitado(a) com indicação de
exame radiodôntico +2Rx BW para melhor
plano de tratamento.



Rio, 04/08/20

Cristina Maria L. A. Henriques
Cirurgiã - Dentista
CRO/RJ 20397

Rua do Catete, 311 - Sala 417 - Ed. São Luiz - Catete / Largo do Machado
22220-001 - Rio de Janeiro - RJ - Fone: (21) 3442.0856 - 99349.4968
E-mail: cristina.dentista@yahoo.com.br



352144
INTERCÂMBIO

1-Registro RNS 406414		3-Data de Emissão da Guia 06/08/20		4-Data de Autorização 06/08/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50181955		7-Data Validade da Senha 04/11/20		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0037000030937402						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa IBBCA CRP 25760		11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome DENISE NUNES DE AZEVEDO						14-Telefone 25/06/1974 () -		15-Nome do titular do plano DENISE NUNES DE AZEVEDO				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER				18-Número no CRO 16188		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753						22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE		23-Número no CRO 16188		24-UF RJ		
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE						27-Número no CRO 16188		28-UF RJ		29-Código CBO S (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	06/08/20		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	06/08/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	06/08/20		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	06/08/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
--	--	---	--	---	--	--	--

96557-1467

GUSTAVO BASTOS

ODONTOLOGIA

Graduado em Odontologia - UFRJ | Especialista em Ortodontia - UFF | Especialista em Odontopediatria - UFRJ
Mestre em Tecnologias na Saúde - UFRJ | Membro do Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial
Membro da American Association of Orthodontists | Membro da World Federation of Orthodontists
Membro da Sociedade Brasileira de Ortodontia | Membro da Associação Brasileira de Ortodontia

Solicitação de Imagem

Paciente: Denise Azevedo Data: 28/07/20

Requisitante: Dr. Gustavo Kreuzig Bastos

Enderço de entrega: Rua Visconde de Pirajá 407 / 706 - Ipanema - Rio de Janeiro (21 - 2267-83730)

Favor enviar sempre para o e-mail contato@gustavobastos.com.br as imagens digitais em alta resolução

Exames

() Periapical dos dentes:

() Modelos de estudo ortodônticos recortados
no padrão UFRJ

☒ Periapical completo com interproximais (bite-
wings)

() Cefalométrica de frente sem traçado

☒ Panorâmica simples

() Cefalométrica em 45º

() Panorâmica com intra-orais complementares

() Oclusal superior () Oclusal inferior

() Cefalometria de perfil sem traçado

() _____

RIO DE JANEIRO



Facenter

Rua Visconde de Pirajá 550 / 322
Ipanema Tel: 3550-9455 / 3550-9454
Centro Tel: 2239-0513 / 2249-4285
B. da Tijuca Tel: 2433-1274 / 3900-9653

Radiologia Odontológica Murillo Torres

Rua Visconde de Pirajá 303 / 510
Ipanema Tel: 2247-0189 / 3579-8250



Data X

Botafogo / Centro / B. da Tijuca
Niterói / Tijuca
Tel: 2234-1600 / 2567-1333 / 97148-2420

SÃO PAULO

INDOR

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 4778
Jd. Paulistano - São Paulo
Tel: 11 - 3863-7494 / 3862-3222

DOC DIGITAL

Av. Indianópolis, 2155
Indianópolis - São Paulo
Tel: 11 - 2397-0092

TOP RADIOLOGIA

Av. 9 de julho, 5483 - 11 andar
Itaim Bibi - São Paulo
Tel 11 - 3079-1367 / 97643-3394

Dr. Gustavo Bastos
CRO-RJ 22156

Rio, 06/08/2020



354673
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2008	4-Data de Autorização 11/10/2008	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50183010	7-Data Validade da Senha 09/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0037000016071371		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 707801642874617
13-Nome FLAVIA DA SILVA TEIXEIRA ALBER		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FLAVIA DA SILVA TEIXEIRA ALBER		

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

30-Tabola	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 Glose	42-Assinatura
1-00181000294		LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	01/09/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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



solicitação de radiografia

Solicitando radiografia Periapical Completa do Sr. (a)

Gláucia Teixeira Alberto Soares

Para avaliação endodôntica e periodontal do(a) paciente

Rio de Janeiro, 28 / 07 / 2020

Dra. Atamis M. V. Malta
Cirurgia Dentista
CRO - 43182

Dra. Atamis Malta - CRO 43182

Av. Passos, 115/703 - Centro - Cep 20.051-040 - Rio de Janeiro

Tel: 21 3177-3474 / 21 99805-5931



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

359355
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 18/08/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50184991	7-Data Validade da Senha 16/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994064856035	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIELA SANTOS FERNANDES		14-Telefone 06/03/2005	15-Nome do titular do plano HERCULANO FERNANDES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS (J) 81000421-RII
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	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	00910001000	DOCUMENTACAO			1
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1
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 Rescisão					
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(ram) 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	



Clínica Odontológica Odonto Prime

Nome Gabriela Santos Fernandes

- 1- Panorâmica com complementação incisivos
- 2- Cefalometria de perfil : steiner
- 3- Fotos:
 - extra-oral: Perfil direito e frente sorrindo
 - intra-oral: Oclusão lateral direita e esquerda, oclusão frontal, arcadas superior e inferior.
- 4- Modelo de gesso para estudo, zoocalado

Rio de Janeiro 20/08/2020

Rua Sete de Setembro 124 – sobreloja Telefone: (21) 3162-4880

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTO PRIME LTDA.
CNPJ: 23.882.920/0001-00

Dr. Diego Santos
CIRURGO DENTISTA
CRO-RJ 1034



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

359353
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 18/08/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50184990	7-Data Validação da Senha 16/11/20
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 00379994064856027		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARIA FERNANDA SANTOS FERNANDE			14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008857030800
15-Nome do Titular do plano HERCULANO FERNANDES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER		18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753		22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE		23-Número no CRO 16188	24-UF RJ
25-Código CNES (I) 81000421-RIS		26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	28-UF RJ
29-Código CBO S (I) 81000421-RII					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0091000100		DOCUMENTACAO			1
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RIS		1
3-0081000421		RX PERIAPICAL	RII		1
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 Beneficiário / Responsável		52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



Clínica Odontológica Odonto Prime

Nome Maria Fernanda Santos Fernandes

- 1- Panorâmica com complementação incisivos
- 2- Cefalometria de perfil : steiner
- 3- Fotos:
 - extra-oral: Perfil direito e frente sorrindo
 - intra-oral: Oclusão lateral direita e esquerda, oclusão frontal, arcadas superior e inferior.
- 4- Modelo de gesso para estudo, zoocalado

Rio 20/08/2020

Rua Sete de Setembro 124 – sobreloja Telefone: (21) 3162-4880

**CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTO PRIME LTDA.**
CNPJ: 23.882.920/0001-89

Dr. Diego S. Santos
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO/RJ 14034