

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Marcia de
Jenica Borges para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 12 de 12 de 2020

ASSINATURA

Dra. Luana Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 131244

Rua Cavaleiro Ângelo Sestine, 1213 - 1º Andar

Cep 07850-310 - Franco da Rocha - SP

Tel: 11 - 4443-3306 / 98245-5056

2-N

450404
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de SaúdeMARA DE SENA BORGES

1

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA
--------------------------	---

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

26 Nome do Profissional Executante	RICARDO WATANABE MATSUMOTO
27 Número no CRO	55037
28 UF	SP
29 Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas em uma reunião com meu representante legal, compreendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato, e por mim assinado(s), (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, compreendendo-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

2

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente matheus

C. de Lima para realização

de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 12 de 12 de 2020

ASSINATURA

Dra. Luana Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 131244

Rua Cavaleiro Ângelo Sestine, 1213 - 1º Andar
Cep 07850-310 - Franco da Rocha -SP
Tel: 11 - 4443-3306 / 98245-5056

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

450405
INTERCÂMBIO

OK

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho (a) paciente Vitória de Souza
Caldeira para realização

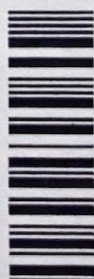
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha.06 de01 de 2021

Ewerton Andrade Sousa
Cirurgião - Dentista
CRO-SP 118753

ASSINATURA

Rua Cavaleiro Ângelo Sestine, 1213 - 1º Andar
Cep 07850-310 - Franco da Rocha - SP
Tel: 11 - 4443-3306 / 98245-5056



449881
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 408414 3-Dia de Emissão da Guia 08/01/21 4-Cota de Autorização 11/01/21 5-Símbolo AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8180379 7-Dia Validado da Guia 08/01/21

8-Número da Carteira 00202538644000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validado da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VITORIA DE SOUZA CALDEIRA 20/05/2001 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano VITORIA DE SOUZA CALDEIRA

16-Autorização a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA 18-Número no CRO 55037 19-UF SP 20-Código CBO S 09 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000406

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111912254877 22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO 23-Número no CRO 55037 24-UF SP 25-Código CBO S 28-Código CBO S

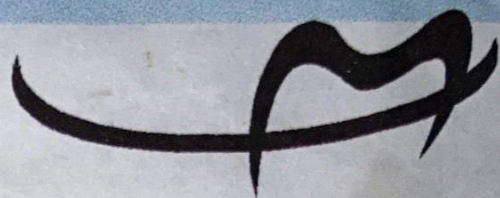
26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO 27-Número no CRO 55037 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Autorização
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto 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\$ 10,00 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 no 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-Operação 50-Dia, local e Assinatura do Contratado/Donatário Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Contratado/Donatário 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Kailany Vitoria
de Oliveira Montanha para realização
de documentação ortodôntica completa para alinhamento, nivelamento
e correção de mordida.

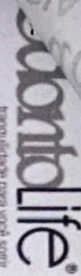
Franco da Rocha, 21 de Setembro de 2020

Dr Luana Gonçalves Vilela
Cirurgiã Dentista
CRO - SP 87640

Assinatura



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Beneficiário para o plano

1-Registro AHS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/08/11 10/12/10	4-Dia de Autorização 11/09/10 11/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8003059	7-Dia Validado da Sentença 12/06/10 11/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

406715
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102151101510610112151510131	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Dia Validado da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome KALLANNY VITORIA DE OLIVEIRA MONTANHA	14-Teléfono 10/05/2003	15-Nome do titular do plano ADEMIR DA SILVA MONTANHA
--	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA	18-Número no CRO 55037	19-UF SP	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1119992121548171	22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO	23-Número no CRO 55037	24-UF SP	25-Código CNES	26-Valor 025 - Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--------------------------------------

25-Nome do Profissional Executante
RICARDO WATANABE MATSUMOTO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0161710	DOCUMENTAÇÃO			1	313,10	10,10			12/08/11		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dia	Previsão Término do Tratamento	44-1-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Implante/Emergência	45-1-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			
							313,10	10,10				

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 no 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-Operadora

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
	12/08/11	12/08/11	



STUDIO VIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Anexo Rafaela Servano e Dias

*Solicito radiografia panorâmica para avaliar a
constituição óssea dos dentes e sua disposição e identificar
problemas mais graves como fraturas e dentes incluídos*



Aldria Rebecca Pereira
Ortodontista
CRO-SP: 18469

20/11/2016

AV. SÃO JOÃO 858 - CENTRO - ATIBAIA
FONE: (11) 4411-6096 - ☎ (11) 98422-5378
e-mail: studiovidal.odontologia@gmail.com

Padial Baine Odontologia

Dr. Emílio Carlos Baine - CRO/SP 18.621

Dra Maria Isabel P. Fioline - CRO/SP 112.807

Solicitado a paciente Patricia
Francisca Checchia Rx panorâmico
para avaliação dente siso.

GTO

463614

Maria Isabel P. Fioline
Cirurgiã Dentista
CRO - 112807

[Signature]

29/01/21

Rua Francisco Mariano, 30 - Laranjeiras - Caieiras - SP - CEP: 07739-060

(11) 4445-2215 | 98965-3414 | dentebaino@gmail.com

2-N

Dados do Beneficiário[illegible]Dados do Contrólado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Emoculante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CHIES	Enviar - RX (1) 81000405
1 1 9 9 2 2 5 4 8 7 7	RICARDO WATANABE MATSUMOTO	55037	SP		

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RICARDO WATANABE MATSUMOTO	55037	SP	




Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Raio	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Us
1 0 0 0 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7 8,0 0		0,0 0	S	09

2.

2.

[illegible]

9.      

[illegible][illegible]

(This section contains vertical lines for handwriting practice.)

19

[illegible][illegible]

☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Patológico 3- Ortopedia 4- Urologia/Emergência

☐ 1- Total 2- Parcial

☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

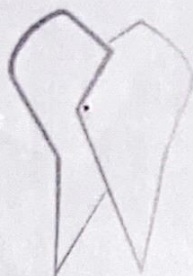
contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao proponente, referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arca com os custos conforme previsto em contrato.

48 Ossimpro

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	55-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	---	--

[illegible]

odpowiednie



STUDIO VIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Eliane C. M. Santana

*Solicito Radiografia Panorâmica,
Análise clínica, sem lentes.*

Dra. Aldia Rebecca Pereira
Cirurgia-Dentista
CRO-SP: 118466
10/01/2021

AV. SÃO JOÃO 858 - CENTRO - ATIBAIA
FONE: (11) 4411-6096 - ☎ (11) 98422-5378
e-mail: studiovidal.odontologia@gmail.com



451300
INTERCÂMBIO

1-Deposito ANS
406614

3-Data de Emissão da Guia
11/11/01/12/11

4-Data de Autorização
11/3/11/01/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
8186248

7-Data Válido da Soma
11/11/01/12/11

8-Data de Beneficiário

9-Número da Carteira
010120121510151016101012151011

10-Filho
POS REDE PRESTADORA

11-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

12-Data Válido da Carteira
11/11/01/12/11

13-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Nome
ELIANE CRISTINA BRESCIANE SANTANA ROSA

15-Data
10/08/1981

16-Nome do titular do plano
ELIANE CRISTINA BRESCIANE SANTANA ROSA

17-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN
N

19-Nome do Profissional Solicitante
CRE RADIOLOGIA

20-Número no CRO
55037

21-UF
SP

22-Código CBO S
09

23-UF
SP

24-Código CNES
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

25-Código na Operadora / CNU / CPF
1119191215148771

26-Nome do Contratado Executante
RICARDO WATANABE MATSUMOTO

27-Número no CRO
55037

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Nome do Profissional Executante
RICARDO WATANABE MATSUMOTO

31-Data do Tratamento / Procedimento Solicitado

32-Código do Procedimento
1-0101810101014015

33-Descrição
RADIOGRAFIA PANORÂMICA

34-Face
1

35-Quantidade US
781010

36-Valor
0101010

37-Franquia/Co-participação R\$
51

38-Aut
21

39-Motivo da Glor
Blanc

40-Data de Assinatura

41-Motivo da Glor

42-Assinatura

33-Data	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Assinatura	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0101810101014015		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	781010	0101010	51	21			
2-0101810101014015									
3-0101810101014015									
4-0101810101014015									
5-0101810101014015									
6-0101810101014015									
7-0101810101014015									
8-0101810101014015									
9-0101810101014015									
10-0101810101014015									
11-0101810101014015									
12-0101810101014015									
13-0101810101014015									
14-0101810101014015									
15-0101810101014015									

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enxerto
45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US
781010
47-Valor Total R\$
0101010
48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Cópia da Empresa

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Giovani Ribeiro
dos Santos para realização

de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 20 de Fevereiro de 2021

D^a Luana Gonçalves V...la
Cirurgiã Dentista
CRO - SP 87640

ASSINATURA

Rua Cavaleiro Ângelo Sestine, 1213 - 1º Andar

Cep 07850-310 - Franco da Rocha -SP

Tel: 11 - 4443-3306 / 98245-5056



483099
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/3/02/2/2/1 4-Data de Autorização 12/6/02/2/2/1 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8321885 7-Data Validade da Guia 12/4/05/1/2/1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002102511050601899203 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GEOVANI RIBEIRO DOS SANTOS 14-Telefone 06/04/1972 15-Nome do Titular do plano SIMONE MARIA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RUI 17-Nome do Profissional Solicitante CIRE RADIOLOGIA 18-Número no CRO 55037 19-UF SP 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CBO / CPE 111991254877 22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO 23-Número no CRO 55037 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO 27-Número no CRO 55037 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	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 Guosa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	7	8,00	0,00	5,00	21/02/02	21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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), foram realizados 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-Descrição

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

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

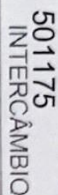
Encaminho o (a) paciente Tatiane de Moraes
facomessi para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 11 de março de 2021

Dra. Greyce Talyta S. Oliveira
Cirurgiã Dentista
CROSP-106434

ASSINATURA

2-N



21/07/2021

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Veste do dia
Santos Caralim para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 01 de 03 de 20... 21


Liliane de A. Cordeiro
Clurgia Dentista
CRO - SP 122768

ASSINATURA

Rua Cavaleiro Ângelo Sestine, 1213 - 1º Andar
Cep 07850-310 - Franco da Rocha -SP
Tel: 11 - 4443-3306 / 98245-5056

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 23/10/2011 4-Data de Autorização 24/10/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8415724 7-Data Validade da Senha 21/06/2011 506811 INTERCÂMBIO

8-Número do Carteira 010210215356633000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KEITE APARECIDA DOS SANTOS CARCELEN 30/09/1982 14-Telefone 15-Nome do titular do plano KEITE APARECIDA DOS SANTOS CARCELEN

16-Aprendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA 18-Número no CRO 55037 19-UF SP 20-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 111992254877 22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO 23-Número no CRO 55037 24-UF SP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO 27-Número no CRO 55037 28-UF SP 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Finco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volts	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			24/10/2011		Ricardo Watanabe Matsumoto
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$ 10,00 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 de Consultor-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura de Consultor-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

24/10/2011 24/10/2011

Cirurgiã Dentista

Marcia Macedo

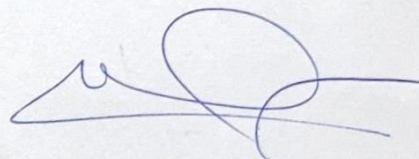
CRO-SP 59782

ENCAMINHAMENTO

À CLÍNICA RADIOGRÁFICA

ENCAMINHAMENTO A PAUENTE MAYARA
CAJUEIRO ANANTES RG 47.907.007-6
PARA REALIZAR RADIOGRÁFIA PANORÂMICA
PARA AVALIAÇÃO DOS 3º MOLARES.

Fco Morato, 15/10/20



Marcia Macedo
Cirurgiã Dentista
CRO 59782-SP

Consultório Odontológico

Rua João Mendes Jr. 140 -Centro- Francisco Morato

Tel.(11) 4489-1450



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 02/11/2012 4-Dado de Autorização 12/10/2012 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8109242 7-Dado Validade da Semeta 02/10/2012 1

432350
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202510550601474902 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dado Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MAYARA CAUZEIRO ARANTES 28/09/1991 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano OLIVER PEREIRA ARANTES

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA 21-Código na Carteira / CNPJ / CPF 11912254877 22-Nome do Contratado Emocliente RICARDO WATANABE MATSUMOTO 23-Número no CRO 55037 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405 26-Nome do Profissional Emocliente RICARDO WATANABE MATSUMOTO 27-Número no CRO 55037 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dado de Realização	41-Motivo da Guin	42-Assinatura
1-0	0	8100405										
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dado Finalizado 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-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dado local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Dado, local e Carimbo da Empresa