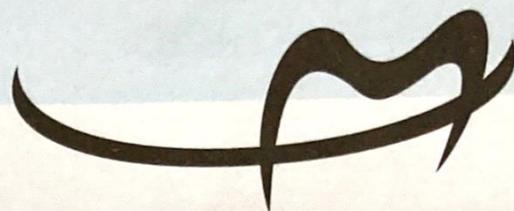


Universo do Sorriso

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



450404
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 10/09/2011
4-Data de Autorização 11/10/2011
5-Senha AUTORIZADO
6-Numero de Guia Principal 8182023
7-Data Validade da Senha 10/09/2011
12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

8-Numero da Carteira 10120253256480000101
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
14-Telefone
15-Nome do Titular do plano MARA DE SENA BORGES

13-Nome MARA DE SENA BORGES
12/09/1993
16-Aprendimento a RV
17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA
18-Numero no CRO 55037
19-UF SP
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111992254877
22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO
23-Numero no CRO 55037
24-UF SP
25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405

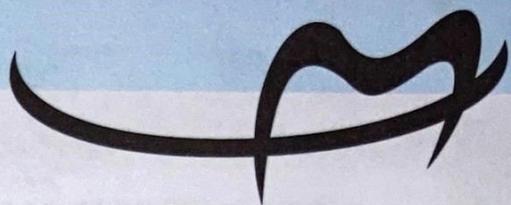
26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO
27-Numero no CRO 55037
28-UF SP
29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Foco	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			23/01/21		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-Tipo de Alinhamento 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



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente matheus

C. de Luna para realização

de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 12 de 12 de 2020

Luana
ASSINATURA

Dra. Luana Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 131244



1- Registro ANS 406414
 2- Data de Emissão da Guia 09/10/11
 3- Data de Autorização 11/10/11
 4- Sanha AUTORIZADO
 5- Número da Guia Principal 8182026
 6- Data Validade da Sanha 09/10/11
 7- Número do Cartão Nacional de Saúde

8- Número da Carteira 02022532564800001021
 9- Plano POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Validade da Carteira
 12- Número do Contrato Nacional de Saúde

13- Nome MATHEUS CAPISTRANO DE LIMA
 22/12/1994
 14- Telefone
 15- Nome do Titular do plano MARA DE SENA BORGES

16- Atendimento a RNI N
 17- Nome do Profissional Sociedade CRE RADIOLOGIA
 18- Número no CRO SP 55037
 19- UF SP
 20- Código CBO S 09
 21- Código no Operadora / CNPJ / CPF 119921254877
 22- Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO
 23- Número no CRO SP 55037
 24- UF SP
 25- Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
 26- Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO
 27- Número no CRO SP 55037
 28- UF SP
 29- Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Preço	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		11	78	00	0,00	0,00		11/11/11		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

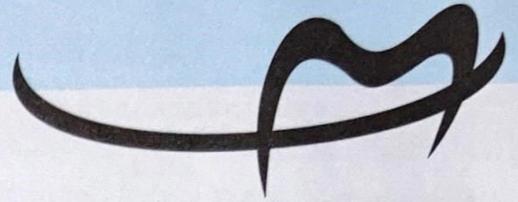
43- Data Previsto Término do Tratamento
 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência
 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial
 46- Total Quantidade US 78,00
 47- Valor Total R\$ 10,00
 48- Total Franquia / Co-participação R\$
 49- Observação

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

[Assinatura]

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

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Kaillany 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 Vlk-la
Cirurgiã Dentista
CRO - SP 87640

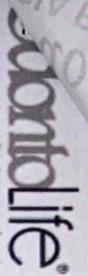
Assinatura

Rua Cavaleiro Ângelo Sestine, 123 - 1º Andar

Cep 07850-310 - Franco da Rocha - SP

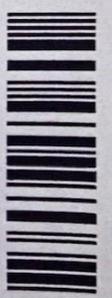
Tel: 11 - 4443-3306 / 98245-5056

Modelo 23 © GRÁFICA MARGÊ - 97181-1284



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



406715
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414
 2-Dia de Emissão da Guia 12/18/11 10/11/210
 3-Dia de Autorização 19/10/11/211
 4-Senha AUTORIZADO
 5-Número da Guia Principal 8003059

6-Nome do Beneficiário KAILANNY VITORIA DE OLIVEIRA MONTANHA
 7-Data Validade da Carteira
 8-Número da Guia 10/05/2003
 9-Telefone (11) 9711613608
 10-Nome do titular do plano ADEMIR DA SILVA MONTANHA

11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Data Validade da Carteira
 14-Data Validade da Carteira
 15-Data Validade da Carteira

16-Advertendo a R# CRE RADIOLOGIA
 17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO WATANABE MATSUMOTO
 18-Número no CRO 55037
 19-UF SP
 20-Código CBO S 09
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111992254877
 22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO
 23-Número no CRO 55037
 24-UF SP
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO
 27-Número no CRO 55037
 28-UF SP
 29-Código CBO S

30-Planeta 31-Código do Procedimento 32-Descrição DOCUMENTAÇÃO 33-Dente/Região 34-Face 35-QD 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Gêsa 42-Assinatura

30-Planeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsa	42-Assinatura
1-0	0	6170				313	100			11/21		
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												

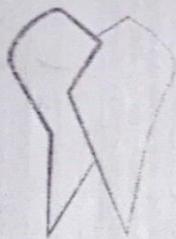
43-Data Previsão Término do Tratamento
 44-1 Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-1 Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 313,100
 47-Valor Total R\$ 10,100
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



STUDIOVIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Anexo Rafaelo 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 Bains Odontologia

Dr. Emílio Carlos Bains - CRO/SP 18.621

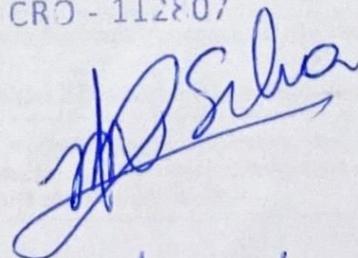
Dra Maria Isabel P. Fioline - CRO/SP 112.807

Solicitado a paciente Patricia
Francisca Checchia Rx panorâmico
para avaliação dente 810.

GTO

463614

Maria Isabel P. Fioline
Cirurgiã Dentista
CRO - 112807



29/10/21

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

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



470420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 04/02/21 4-Data de Autorização 04/02/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8270224 7-Data Validade da Senha 05/05/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0202535085100000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira

13-Nome PATRICIA APARECIDA CHECCHIA 28/06/1977 14-Teléfono () - 15-Nome do Titular do plano PATRICIA APARECIDA CHECCHIA

16-Alinhamento a FN 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 1119922548777 22-Nome do Contratado, Executante 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 Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO 27-Número no CRO 55037 28-UF SP 29-Código CBO S

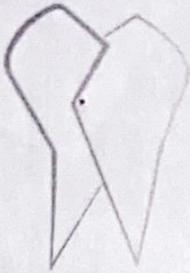
30-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Oid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut. 40-Data de Realização 41-Medico da Gesso 42-Assinatura

30-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Oid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Medico da Gesso	42-Assinatura
1-0	0	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7,8	0,0	0,0		02/02/21		<i>[Signature]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Alinhamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergencial 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 7,8 0,0 47-Valor Total R\$ 0,0 0,0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

[Handwritten signature]



STUDIOVIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Eliane C. M. Santana

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

Dra. Aldria Rebecca Pereira
Cirurgiã-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



1-º Depoimento ANS
406614

3-º Data de Emissão da Guia
11/10/21

4-º Data de Autorização
13/01/21

5-º Sessão AUTORIZADO

6-º Número de Guia Principal
8185248

7-º Data Validade da Sessão
11/04/21

Dados do Beneficiário

8-º Nome de Carteira
02021510550600251011

9-º Filio
POS REDE PRESTADORA

10-º Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-º Data Validade da Carteira
/ /

12-º Número do Cartão Nacional de Saúde

13-º Nome
ELIANE CRISTINA BRESCIANE SANTANA ROSA

10/08/1981

14-º Telefone
() -

15-º Nome do Titular do Plano
ELIANE CRISTINA BRESCIANE SANTANA ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-º Atendimento a RV
N

17-º Nome do Profissional Solicitante
CRE RADIOLOGIA

18-º Número no CRO
55037

19-º UF
SP

20-º Código CBO S
09

21-º Data Validade do Plano
025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

21-º Código na Operadora / CNU / CPF
11992254877

22-º Nome do Contratado Executante
RICARDO WATANABE MATSUMOTO

23-º Número no CRO
55037

24-º UF
SP

25-º Código CNES
55037

26-º Código CBO S
55037

26-º Nome do Profissional Executante
RICARDO WATANABE MATSUMOTO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-º Data Previsto Término do Tratamento

44-º Tipo de Atendimento
1-1-º Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Emergência

45-º Tipo de Faturamento
1-1-º Total 2-Parcial

46-º Total Quantidade US
178,00

47-º Valor Total R\$
0,00

48-º 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, compreendendo-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), 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 v

49-º Observação

50-º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-º Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-º Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

53-º Data, local e Cambio de Empresa

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



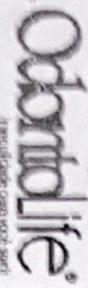
ENCAMINHAMENTO

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AN



483099 INTERCÂMBIO

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

7-Data Validade da Guia 12/4/05
 8-Número do Contrato Responsável pelo Tratamento
 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
 15-Nome do Titular do plano SIMONE MARIA DA SILVA

16-Atendimento a RH
 17-Nome do Profissional Solicitante CRIE RADIOLOGIA
 18-Número no CRO 55037
 19-UF SP
 20-Código CBO S 09
 21-Código na Operadora / CBO S / CPE
 22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO
 23-Número no CRO 55037
 24-UF SP
 25-Código ONES
 26-UF SP
 27-Número no CRO 55037
 28-UF SP
 29-Código CBO S
 30-Atividade Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO
 31-Franquia/Cc-participação R\$
 32-Valor
 33-Faturar Empresa
 34-Enviar - RX
 35-Envio (1) 81000405

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cc-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guosa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7,8	0,0	0,0			12/1/02		[Assinatura]
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 7,8
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Total Franquia / Cc-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-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante
 50-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista
 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 52-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora
 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Tatiane de Moraes
francosessi 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

Rua Cavaleiro Ângelo Sestine, 1213 - 1º Andar

Cep 07850-310 - Franco da Rocha -SP

Tel: 11 - 4443-3306 / 98245-5056

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

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

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

Belistina
Liliane de A. Cordeiro
Cirurgiã 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

Cirurgiã Dentista

Marcia Macedo

CRO-SP 59782

ENCAMINHAMENTO

À CLÍNICA RADIOGRÁFICA

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

Rua 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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



432350
INTERCAMBIO

1-Região ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 10/2/11 12/12/10 4-Data de Autorização 12/10/2/11 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8109242 7-Data Validade da Semana 10/2/10 3/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025105501601474902 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MAYARA CAUZEIRO ARANTES 14-Telefone 28/09/1991 15-Nome do titular do plano OLIVER PEREIRA ARANTES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a SN N 17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA 18-Número no CRO 55037 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405

21-Código na Carteira / CNPJ / CPF 1119122548777 22-Nome do Contratado Embarcado RICARDO WATANABE MATSUMOTO 23-Número no CRO 55037 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Embarcado RICARDO WATANABE MATSUMOTO 27-Número no CRO 55037 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teatela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denome Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cancelação	42-Assinatura
1-010	811000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7,800	0,00		S	09/03/11		<i>Ricardo Watanabe</i>
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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-Desenvolvido

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

10/03/11 *10/03/11* *10/03/11*