



431913
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 10/11/12/10		4-Dia de Autuação 10/11/12/10		6-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8107268		7-Dia Validado da Série 10/11/03/12/11	
8-Número da Carteira 10/02/02/53/316860000001011		6-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Validado da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome FERNANDO SOUZA VIANA		08/12/1982		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano FERNANDO SOUZA VIANA					
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA		18-Número no CNO 55037		19-UF SP		20-Código CBO S 09		25-Código CHES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81090405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111992254877		22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO		23-Número no CNO 55037		24-UF SP		25-Código CBO S			
26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO				27-Número no CNO 55037		28-UF SP		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-Dia de Realização	41-Motivo da Glorosa
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7,8	10,00	10,00	5,04	12/20		
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Dia Previsto 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\$						
11/11/11	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Atendimento Emergência	1-1 Total 2-Parcial	7,8	10,00							

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 no 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 este documento, os y referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Declaração

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11

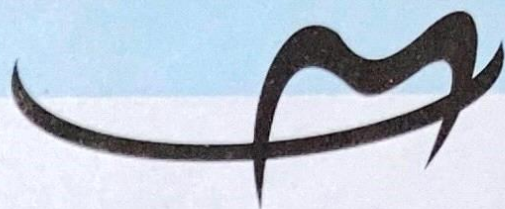
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Fernando Souza
Almeida para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 01 de 12 de 20..... 20

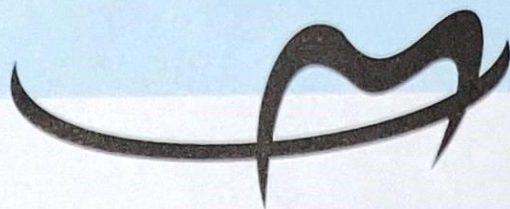
Ewerton Andrade Sousa
Cirurgião - Dentista
CRO-SP 118753

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 maria da conceição
Cordeiro Lopes para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 15 de Outubro de 2021.

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



1-Registro ABO 406414		2-Dados de Emissão da Guia 12/09/09 12:00		3-Data de Autenticação 13/09/09 12:00		4-Série AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 7917663		6-Data Validação da Série 12/08/12 12:00	
7-Dados do Beneficiário						8-Atendimento de Carência 0 0 0 2 0 2 5 1 1 6 4 8 6 0 0 4 3 6 4 0 1 1					
9-Atendimento a Fili N						10-Atendimento ao Paciente CRE RADIOLOGIA					
11-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						12-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
13-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						14-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
15-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						16-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
17-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						18-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
19-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						20-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
21-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						22-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
23-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						24-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
25-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						26-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
27-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						28-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
29-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						30-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
31-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						32-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
33-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						34-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
35-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						36-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
37-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						38-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
39-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						40-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
41-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						42-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
43-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						44-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
45-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						46-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
47-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						48-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
49-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						50-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
51-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						52-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
53-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						54-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
55-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						56-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
57-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						58-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
59-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						60-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
61-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						62-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
63-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						64-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
65-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						66-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
67-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						68-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
69-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						70-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
71-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						72-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
73-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						74-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
75-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						76-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
77-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						78-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
79-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						80-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
81-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						82-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
83-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						84-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
85-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						86-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
87-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						88-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
89-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						90-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
91-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						92-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
93-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						94-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
95-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						96-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
97-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						98-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					
99-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO						100-Atendimento ao Paciente RICARDO WATANABE MATSUMOTO					

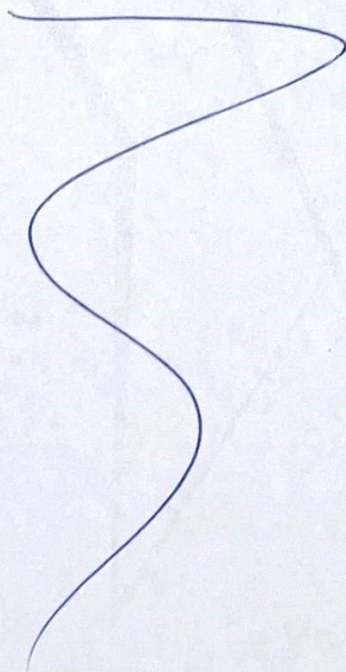


STUDIOVIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Marina Carvalho Fonghieri

Solicito documentação ortodôntica para análise de bases ósseas e sua relação; dentes e maloclusão para tratamento ortodôntico; Com cefalometria computadorizada Ricketts.



Aldria Rebecca Pereira
Ortodontista
CRO-SR: 118469

29/01/2020

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

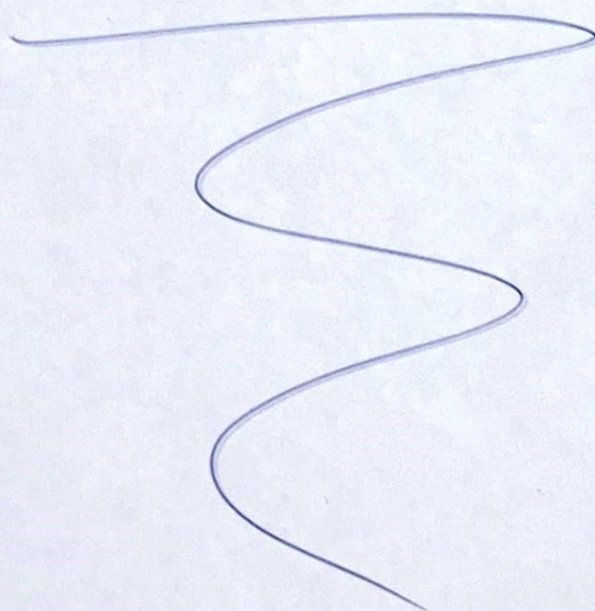


STUDIO VIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Leda Mara Spina Malengo

- Solicito documentação ortodôntica para análise de bases ósseas e sua relação; dentes e maloclusão para tratamento ortodôntico; com cefalometria computadorizada Ricketts.



Dr. Michael Cesar Vidal
Clínico Dentista
CRO-SP: 116229
04/10/20

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



1-Registro ANS 406414 2-Código de Emissão da Guia 116110191210 3-Data de Autorização 21/10/2014 4-Será AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7877584 6-Data Validade da Guia 15/11/2014

376763
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Guia 15/11/2014

8-Data Validade da Guia 15/11/2014

9-Data Validade da Guia 15/11/2014

10-Data Validade da Guia 15/11/2014

11-Data Validade da Guia 15/11/2014

12-Data Validade da Guia 15/11/2014

13-Data Validade da Guia 15/11/2014

14-Data Validade da Guia 15/11/2014

15-Data Validade da Guia 15/11/2014

16-Data Validade da Guia 15/11/2014

17-Data Validade da Guia 15/11/2014

18-Data Validade da Guia 15/11/2014

19-Data Validade da Guia 15/11/2014

20-Data Validade da Guia 15/11/2014

21-Data Validade da Guia 15/11/2014

22-Data Validade da Guia 15/11/2014

23-Data Validade da Guia 15/11/2014

24-Data Validade da Guia 15/11/2014

25-Data Validade da Guia 15/11/2014

26-Data Validade da Guia 15/11/2014

27-Data Validade da Guia 15/11/2014

28-Data Validade da Guia 15/11/2014

29-Data Validade da Guia 15/11/2014

30-Data Validade da Guia 15/11/2014

31-Data Validade da Guia 15/11/2014

32-Data Validade da Guia 15/11/2014

33-Data Validade da Guia 15/11/2014

34-Data Validade da Guia 15/11/2014

35-Data Validade da Guia 15/11/2014

36-Data Validade da Guia 15/11/2014

37-Data Validade da Guia 15/11/2014

38-Data Validade da Guia 15/11/2014

39-Data Validade da Guia 15/11/2014

40-Data Validade da Guia 15/11/2014

41-Data Validade da Guia 15/11/2014

42-Data Validade da Guia 15/11/2014

43-Data Validade da Guia 15/11/2014

44-Data Validade da Guia 15/11/2014

45-Data Validade da Guia 15/11/2014

46-Data Validade da Guia 15/11/2014

47-Data Validade da Guia 15/11/2014

48-Data Validade da Guia 15/11/2014

49-Data Validade da Guia 15/11/2014

50-Data Validade da Guia 15/11/2014

51-Data Validade da Guia 15/11/2014

52-Data Validade da Guia 15/11/2014

53-Data Validade da Guia 15/11/2014

54-Data Validade da Guia 15/11/2014

55-Data Validade da Guia 15/11/2014

56-Data Validade da Guia 15/11/2014

57-Data Validade da Guia 15/11/2014

58-Data Validade da Guia 15/11/2014

59-Data Validade da Guia 15/11/2014

60-Data Validade da Guia 15/11/2014

61-Data Validade da Guia 15/11/2014

62-Data Validade da Guia 15/11/2014

63-Data Validade da Guia 15/11/2014

64-Data Validade da Guia 15/11/2014

65-Data Validade da Guia 15/11/2014

66-Data Validade da Guia 15/11/2014

67-Data Validade da Guia 15/11/2014

68-Data Validade da Guia 15/11/2014

69-Data Validade da Guia 15/11/2014

70-Data Validade da Guia 15/11/2014

71-Data Validade da Guia 15/11/2014

72-Data Validade da Guia 15/11/2014

73-Data Validade da Guia 15/11/2014

74-Data Validade da Guia 15/11/2014

75-Data Validade da Guia 15/11/2014

76-Data Validade da Guia 15/11/2014

77-Data Validade da Guia 15/11/2014

78-Data Validade da Guia 15/11/2014

79-Data Validade da Guia 15/11/2014

80-Data Validade da Guia 15/11/2014

81-Data Validade da Guia 15/11/2014

82-Data Validade da Guia 15/11/2014

83-Data Validade da Guia 15/11/2014

84-Data Validade da Guia 15/11/2014

85-Data Validade da Guia 15/11/2014

86-Data Validade da Guia 15/11/2014

87-Data Validade da Guia 15/11/2014

88-Data Validade da Guia 15/11/2014

89-Data Validade da Guia 15/11/2014

90-Data Validade da Guia 15/11/2014

91-Data Validade da Guia 15/11/2014

92-Data Validade da Guia 15/11/2014

93-Data Validade da Guia 15/11/2014

94-Data Validade da Guia 15/11/2014

95-Data Validade da Guia 15/11/2014

96-Data Validade da Guia 15/11/2014

97-Data Validade da Guia 15/11/2014

98-Data Validade da Guia 15/11/2014

99-Data Validade da Guia 15/11/2014

100-Data Validade da Guia 15/11/2014

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidária

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista



STUDIO VIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Henilly Victoria Mathias

- Solicito radiografia panorâmica para avaliar a constituição óssea dos dentes e sua disposição e identificar problemas mais graves como fratura e dentes inclusos

Aldria Rebecca Pereira
Ortodontista
CRO-SP: 18419

16/02/20

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2011 4-Data de Autorização 12/11/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7877583 7-Data Validade da Senha 11/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 01012102531780100000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome EUNICE MARIA MATHIAS

08/08/2011

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone () -

11-Data Validade da Carteira 15-Nome do titular do plano SABRINA RAFAELA MATHIAS

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

376761
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA

21-Código no Operador / CNPJ / CPF 11992254877 22-Nome do Contratado Excusante RICARDO WATANABE MATSUMOTO

26-Nome do Profissional Excusante RICARDO WATANABE MATSUMOTO

18-Número no CRO 55037 19-UF SP 20-Código CBO S 09 23-Número no CRO 55037 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 8100405 27-Número no CRO 55037 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tipologia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Replido	34-Fraco	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			11/06/2011		Schubert
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Caixa Previdência do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Trautamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	78,00	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(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.

48-Observação

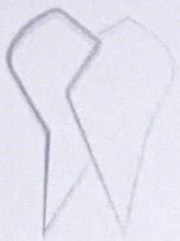
50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Sólido

51-Sigla, local e Assinatura do Conselho-Dentista 11/06/2011

52-Sigla, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2011

53-Data, local e Canto da Empresa

Sabrina Rafaela Mathias

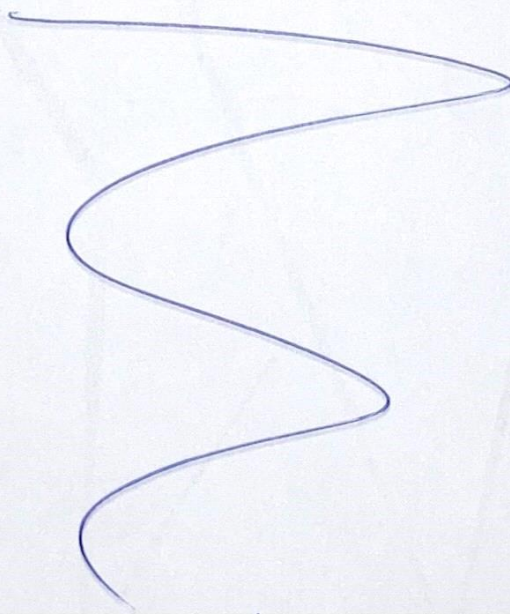


STUDIOVIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Clínica Maria Mathias

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

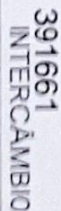


Aldria Rebecca Pereira
Ortodontista
CRO-SP: 118469

16/07/2020

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

24

Índices do Semeficórnio73-NORME

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF26- Nome do Profissional ExecutantePlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

1-0108100405 RADIOGRAFIA PANORĂMICA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible][illegible]

referências ao tratamento realizado com o paciente, ainda que haja possibilidade de uso futuro, por parte de outros profissionais, para fins de controle.

50-Dados locais e Assinatura do Chefe do Centro-Dentista Solicitante	
51-Dados locais e Assinatura do Chefe do Centro-Dentista	
52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Dados locais e Carimbo da Empresa	

$\frac{1}{2}$ $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{4}$ $\frac{1}{5}$ $\frac{1}{6}$ $\frac{1}{7}$ $\frac{1}{8}$ $\frac{1}{9}$ $\frac{1}{10}$ $\frac{1}{11}$ $\frac{1}{12}$ $\frac{1}{13}$ $\frac{1}{14}$ $\frac{1}{15}$ $\frac{1}{16}$ $\frac{1}{17}$ $\frac{1}{18}$ $\frac{1}{19}$ $\frac{1}{20}$ $\frac{1}{21}$ $\frac{1}{22}$ $\frac{1}{23}$ $\frac{1}{24}$ $\frac{1}{25}$ $\frac{1}{26}$ $\frac{1}{27}$ $\frac{1}{28}$ $\frac{1}{29}$ $\frac{1}{30}$ $\frac{1}{31}$ $\frac{1}{32}$ $\frac{1}{33}$ $\frac{1}{34}$ $\frac{1}{35}$ $\frac{1}{36}$ $\frac{1}{37}$ $\frac{1}{38}$ $\frac{1}{39}$ $\frac{1}{40}$ $\frac{1}{41}$ $\frac{1}{42}$ $\frac{1}{43}$ $\frac{1}{44}$ $\frac{1}{45}$ $\frac{1}{46}$ $\frac{1}{47}$ $\frac{1}{48}$ $\frac{1}{49}$ $\frac{1}{50}$ $\frac{1}{51}$ $\frac{1}{52}$ $\frac{1}{53}$ $\frac{1}{54}$ $\frac{1}{55}$ $\frac{1}{56}$ $\frac{1}{57}$ $\frac{1}{58}$ $\frac{1}{59}$ $\frac{1}{60}$ $\frac{1}{61}$ $\frac{1}{62}$ $\frac{1}{63}$ $\frac{1}{64}$ $\frac{1}{65}$ $\frac{1}{66}$ $\frac{1}{67}$ $\frac{1}{68}$ $\frac{1}{69}$ $\frac{1}{70}$ $\frac{1}{71}$ $\frac{1}{72}$ $\frac{1}{73}$ $\frac{1}{74}$ $\frac{1}{75}$ $\frac{1}{76}$ $\frac{1}{77}$ $\frac{1}{78}$ $\frac{1}{79}$ $\frac{1}{80}$ $\frac{1}{81}$ $\frac{1}{82}$ $\frac{1}{83}$ $\frac{1}{84}$ $\frac{1}{85}$ $\frac{1}{86}$ $\frac{1}{87}$ $\frac{1}{88}$ $\frac{1}{89}$ $\frac{1}{90}$ $\frac{1}{91}$ $\frac{1}{92}$ $\frac{1}{93}$ $\frac{1}{94}$ $\frac{1}{95}$ $\frac{1}{96}$ $\frac{1}{97}$ $\frac{1}{98}$ $\frac{1}{99}$ $\frac{1}{100}$

Universe do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Geovanna da
Silvia Santos para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 02 de Outubro de 2020

D^a Luana Gonçalves Vilela
Cirurgiã Dentista
CRO - SP 87640

ASSINATURA

Universo do Sorriso

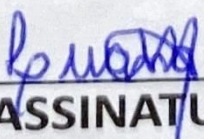
EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Maria Dalva
João para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 26 de 09 de 2020


ASSINATURA
Dra. Luana Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 131244

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



403955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/3/11 10/210

4-Data de Autorização
12/9/11 10/210

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7992205

7-Data Validação da Senha
12/1/11 01/211

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010121012151101515061013151510121

9-Tipo
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CRISTIANE APARECIDA DE OLIVEIRA

29/05/1975

15-Nome do Titular do plano
WILLIAN ZAPATERA MENDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Manufatura a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CRE RADIOLOGIA

18-Número no CRO
55037

19-UF
SP

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 81000405

21-Código na Operadora / CNU / CPF
11199922548771

22-Nome do Contratado Evidenciado
RICARDO WATANABE MATSUMOTO

23-Número no CRO
55037

24-UF
SP

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Evidenciado
RICARDO WATANABE MATSUMOTO

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 Guisa	42-Assinatura
1-01018110004105		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,81,010	10,01010		S	29/10/12		
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 Prevista 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 Quantizado 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) 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.

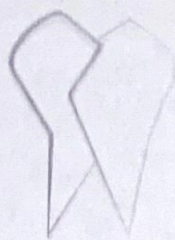
49-Observação

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

51-Senha local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

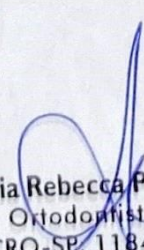


STUDIOVIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Christiane Oliveira Mendes

Solito Radiografia Panorâmica, para
análise do perfil tratamento endodôntico,
por contato prematuro (trauma).


Aldria Rebecca Pereira
Ortodontista
CRO-SP. 118469

20/10/2020

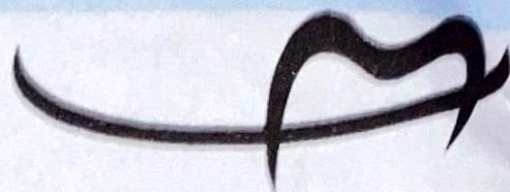
AV. SÃO JOÃO 858 - CENTRO - ATIBAIA
FONE: (11) 4411-6096 - (11) 98422-5378
e-mail: studiovidal.odontologia@gmail.com



2-N

441920
INTERCÂMBIO

53-Dati, local e carrib



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Nedda Galvão
dos Santos para realização
de documentação ortodôntica completa para alinhamento, nivelamento
e correção de mordida.

Franco da Rocha, 15 de 12 de 2020

D^a Luana Gonçalves L^a
Cirurgiã Dentista
CRO - SP 87640

Assinatura

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10-19/11/2012 4-Dados de Autorização 12-01/11/2012 5-Serão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7949971 7-Dados Validade da Guia 10-17/11/2012 11

393826
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Idade da Criança 10-02/02/25 22 66 47 00 00 42 03 31 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome ISABELLA ALVES RODRIGUES SOUSA

29/03/2004

14-Telefone () - - - - -

11-Dados Validade da Criança 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N CRE RADIOLOGIA

22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO

18-Número no CRO 55037

19-UF SP

20-Código CBO S 09

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO

23-Número no CRO 55037

24-UF SP

25-Código CNES

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-COD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Guia	42-Autorização
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	100	0,00		51	20/11/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dados Previstos Termino do Tratamento

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

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 178,00

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-Quadrado

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solucionante

51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dados, local e Carimbo da Empresa



STUDIOVIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Isabella Alves Rodrigues Sousa

- Solicito radiografia panorâmica para avaliar a constituição osseá dos dentes e sua disposição e identificar problemas mais graves como fraturas e dentes inclusos.

Aldria Rebecca Pereira
Ortodontista
CRO-SP: 118469

22/10/2020

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

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Cátia Cilene Olim-
dino Siqueira de Souza para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 25 de Setembro de 2020.

D^a Luana Gonçalves Vilela
Cirurgia 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



385992
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917672	7-Data Validade da Senha 28/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531680200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WESLEY PAULINO BALTAZAR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JUDITHE PAULINA BALTAZAR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA	18-Número no CRO 55037	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11992254877	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		

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			01/10/2012		Wesley P.B.
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 01/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



STUDIOVIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Jesley P. Baltazar

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: 118469

29/09/2020

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



383989
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/99/20	4-Data de Autorização 29/10/99/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909426	7-Data Validade da Senha 25/11/20/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532195400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SANGAR CAMARGO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SANGAR CAMARGO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA	18-Número no CRO 55037	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11992254877	22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO	23-Número no CRO 55037	24-UF SP	25-Código CNES	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-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	29/09/20		
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\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

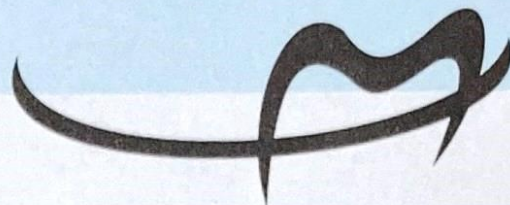
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Universo do Sorriso

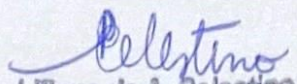
EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Sandra Camargo.
_____ para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 14 de Setembro de 2020.


Liliane de A. Celestino
Cirurgiã Dentista
CRO - SP 122758

ASSINATURA

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



411470
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022253	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532644800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LAIR DE GODOY BUENO		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano LAIR DE GODOY BUENO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento à RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA	18-Número no CRO 55037	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código da Operadora / CNPS / CPF 11992254877	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		

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	12/11/20		bah
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 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

laair de godoy Bueno

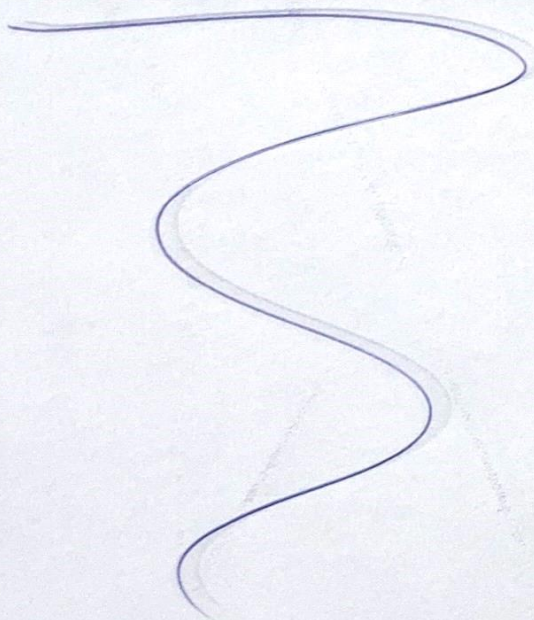


STUDIO VIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Laís Jardim Bueno

*Existe 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: 118469

04/11/2020

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