



411462
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 4 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 1 2 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022243	7-Data Validade da Senha 0 2 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

13-Nome
JOCIELMA PIRES DE OLIVEIRA 22/04/1995
14-Telefone ()
15-Nome do titular do piano LAIR DE GODOY BUENO

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 9 9 2 2 5 4 8 7 7	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
---	----------------------------------	--------------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

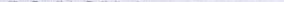
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

_____ / _____ / _____	_____ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	_____ 1-Total 2-Parcial	_____ 7 8 0 0	_____ 0 0 0	_____ _____
-----------------------	--	-------------------------	-----------------	---------------	---------------

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-Observeação

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 de Empresa 
--	--	--	--

• Jailma Pires de Oliveira



STUDIO VIDAL
CLINICA ESPECIALIZADA

Receituário

Jaedson Jesus Pires de Oliveira

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

04/11/2020

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



417955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 1 2 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8048691	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 9 0 4 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome VILMA DA SILVA PINTO ADAO	29/12/1964
--------------------------------------	------------

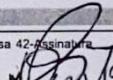
14-Telefone () -

15-Nome do titular do plano VILMA DA SILVA PINTO ADAO
--

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 1 1 9 9 2 2 5 4 8 7 7	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	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7 8 0 0	0 0 0		S	1 7 1 1 2 0		
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 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 e 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

1 | 7 | 1 | 1 | 2 | 0 |

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 | 7 | 1 | 1 | 2 | 0 | Vilma da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa

| | | | | | | |

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Vilma da Silva
Pinto Andrade para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha.16.... deOutubro.... de 2020...

Luana

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



2-Nº

402970
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/21/10/2011	4-Data de Autorização 11/6/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987873	7-Data Validade da Senha 12/01/01/2111
--------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002022510550601924902	9-Plano 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
DJANIRA PIRES DE COSTA

26/05/1935

14-Telefone
(11) 3345-1486

15-Nome do titular do plano
VANIA MARIA COSTA BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLÓGIA	18-Número no CRO 55037	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código da 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		1	78,00	0,00		S	16/11/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otorrinolaringologia 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\$ 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/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.

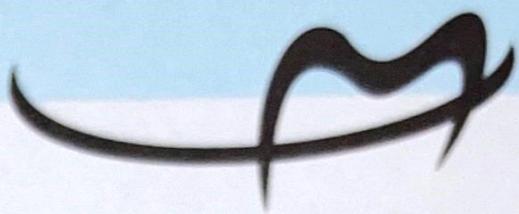
49-Observação

Djanira Pires de Moraes Costa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2011
---	---	---	---

Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Disapnica Pires
Isabel para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha, .../.../... de .../.../... de 20...

Ewerton Andrade Sousa
Cirurgião-Dentista
CRO-SP 118753

ASSINATURA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

433542
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 3 / 1 2 / 2 0	4-Data de Autorização 0 5 / 1 2 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113944	7-Data Validade da Senha 0 3 / 0 3 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 6 7 5 4 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ____/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

PAULO ROGERIO DOS ANJOS

28/10/1975

14-Telefone
(____) ____-_____

15-Nome do titular do plano
PAULO ROGERIO DOS ANJOS

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 1 1 9 9 2 2 5 4 8 7 7	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
1-0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7	8,0 0	0,0 0		S	05/12/2023		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

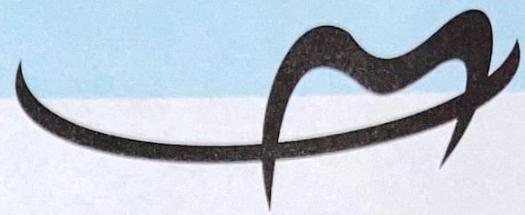
43-Data Previsão Termínio do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
____/____/____	<input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	7 8,0 0	0,0 0	

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 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, Assinatura do Beneficiário / Responsável ____/____/____	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
---	---	--	---

Universo do Sorriso



**EXCELÊNCIA E CARINHO
NA ODONTOLOGIA**

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Paulo Rosario
dos pinos para realização
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 02 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