



411462  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022243	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532644800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOCIELMA PIRES DE OLIVEIRA	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano 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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 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			12/11/20		Jocielma
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\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

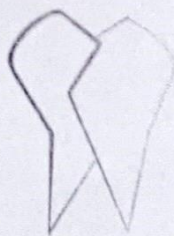
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

Jocielma Pires de Oliveira



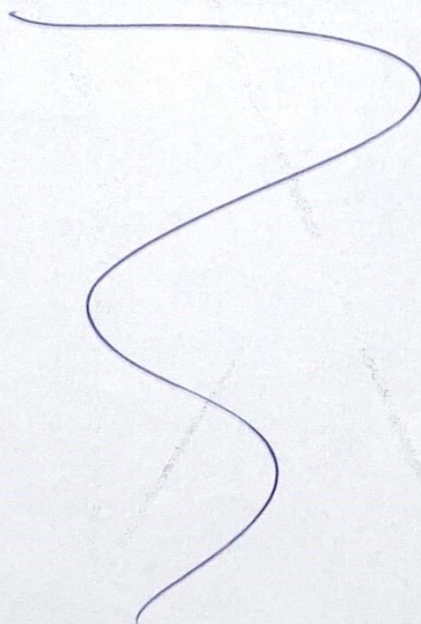


**STUDIOVIDAL**  
CLINICA ESPECIALIZADA

## Receituário

Isaelma Jesus Pires de Oliveira

Solicito radiografias panorâmicas 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





417955  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8048691	7-Data Validade da Senha 10/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601690401	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		14-Telefone 29/12/1964	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 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	12/11/20		
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 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 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Vilma da Silva ADAO	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



# Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO  
NA ODONTOLOGIA



## ENCAMINHAMENTO

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

Franco da Rocha. ....16.... de .....Outubro..... de 20.....20.....

  
\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**  
Dra. Luana Martins  
Cirurgiã Dentista  
CRO-SP 131244





402970  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987873	7-Data Validade da Senha 20/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601924902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DJANIRA PIRES DE COSTA	14-Telefone ( ) 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 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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			16/11/20		
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\$ 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.

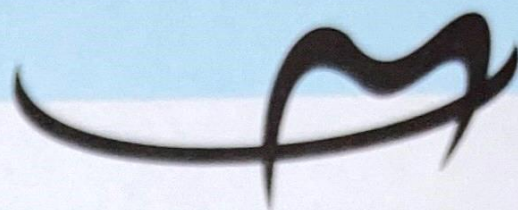
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



# Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO  
NA ODONTOLOGIA



## ENCAMINHAMENTO

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

Franco da Rocha. .... de outubro de 20..

Ewerton Andrade Sousa  
Cirurgião - Dentista  
CRO-SP 118753

ASSINATURA





433542  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 05/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113944	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253367540000101	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	14-Telefone 28/10/1975	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
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

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 (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

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			05/12/20		
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) 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.

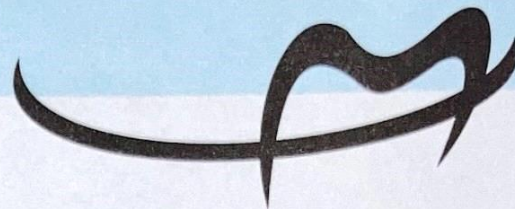
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/12/20 Paulo Rogério dos Anjos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



# Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO  
NA ODONTOLOGIA



## ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Paulo Rogério  
da Silva para realização  
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 02 de 12 de 2020.

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