



343345  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7723842	7-Data Validade da Senha 20/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202530835100000101					
13-Nome MARIA ELINAIDE XAVIER LINO		14-Telefone 01/06/1982	15-Nome do titular do plano MARIA ELINAIDE XAVIER LINO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-Número no CRD 55037	19-UF SP	20-Código CBO B 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 01000405
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA	23-Número no CRO 55037	24-UF SP	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11992254877		22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO		26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/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			27/07/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 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 22/07/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/20 Maria Elinaide Xavier Lino	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	-------------------------------------



**STUDIOVIDAL**  
**CLINICA ESPECIALIZADA**

## Receituário

Maria Elianaide Xavier Lino

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

Dra. Aldria Rebecca Pereira  
Cirurgiã Dentista  
CRO-SP: 118469

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



346417  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/07/2012	4-Data de Autorização 11/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7738619	7-Data Validade da Senha 25/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira 00202510550601781202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SILVIA REGINA DE OLIVEIRA SILVEIRA		14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano CLEITON FRANCO DA SILVEIRA	

**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		S	11/08/12		
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 11/08/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Silvia Regina de Oliveira Silveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/12
--	---	---	---

# Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO  
NA ODONTOLOGIA



## ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Silvia Regina de  
Oliveira Silveira para realização

de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 27 de junho 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



354314  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 12/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7775556	7-Data Validade da Senha 08/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601481003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE LINO DOS SANTOS	14-Telefone 07/09/1948 ( ) 4811-1201	15-Nome do titular do plano ROSELIA MARIA DOS SANTOS RODRIGUES		

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		S	13/08/20		
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\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

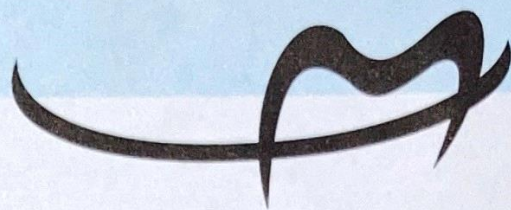
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 13/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Jose Lino	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

# Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO  
NA ODONTOLOGIA



## ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Jose Lino das  
Santos para realização  
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. .... 04 de ..... 03 de 20..20..

D<sup>a</sup> Luana Gonçalves Viçla  
Cirurgiã Dentista  
CRO - SP 87640

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

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



352459  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/20	4-Data de Autorização 12/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7767203	7-Data Validade da Senha 04/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526536200000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARIELE THAIS DA SILVA MACHADO		14-Telefone (47) 3438-3233	15-Nome do titular do plano ANDREIA LOURENCO DA SILVA	

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		S	17/08/20		
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 17/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20 Ariele Thais da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

# Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO  
NA ODONTOLOGIA



## ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Arcle Thais da  
pele machado para realização  
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha. 04 de 08 de 2020

Dra. Greyce Tatyá S. Olive.  
Cirurgia - Dentista  
CROSP-120635

ASSINATURA

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