



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N



343345

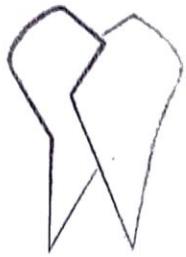
INTERCAMBIO

1-Registro ANB 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 Sessão 20/10/20	343345 INTERCAMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202530835100000101	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MARIA ELINAIDE XAVIER LINO	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARIA ELINAIDE XAVIER LINO										
Dados do Centrado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Esplidente CRE RADIOLÓGIA	18-Número no CRM 55037	19-UF SP	20-Código CBO 8 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11092264877	22-Nome do Consultado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO	23-Número no CRM 55037	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO		27-Número no CRM 55037	28-UF SP	29-Código CBO 8								
Plano de Tratamento / Procedimentos Boleados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Giguidade U\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000405	RADIOGRAFIA PANORÁMICA		1	1	78,00	0,00	0,00	0,00	8	27/07/2023		WCG
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade U\$	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
/ / / / /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-fatorial 2-Parcial	78,00	0,00	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) descreto(s) acima, é por mim assinado(s), folheram realizado(s) sem 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-Орбита

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
[L7/07/20] [L7/07/20] [Mariana Valéria]



**STUDIO VIDAL**  
**CLINICA ESPECIALIZADA**

## Receituário

Maria Elinaias Xavier Lino

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

Dra. Aldria Rebeca Pereira  
Cirurgião-Dentista  
CRO-SP: 118469

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

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



346417  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/07/2020	4-Data de Autorização 11/08/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7738619	7-Data Validade da Senha 25/10/2020
<b>Dados do Beneficiário</b>					
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	27/04/1966	14-Telefone (____) ____-_____	15-Nome do titular do plano CLEITON FRANCO DA SILVEIRA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADILOGIA	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 111992254877	22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO	23-Número no CRO 55037	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO		27-Número no CRO 55037	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-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	10081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1		1	78,00	0,00		S	11/08/2020		
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-Oriodonta 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 ____/____/____	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ____/____/____	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ____/____/____	53-Data, local e Carambo da Empresa ____/____/____
---	---	---	---

Silveira Regina de Oliveira Silveira

# Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO  
NA ODONTOLOGIA



## ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Silvia Regina de  
Silvira Silvira para realização

de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha ..... 27 de ..... julho 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

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



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
<b>Dados do Beneficiário</b>					
8-Número da Carteira 00202510550601481003	9-Piano 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 (____) 48111-1201	15-Nome do titular do plano ROSELIA MARIA DOS SANTOS RODRIGUES			

<b>Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento</b>					
16-Atendimento e 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		

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	00181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	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 <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Odontologia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ ____,____
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	--

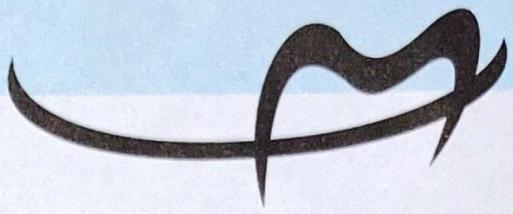
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

# Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO  
NA ODONTOLOGIA



## ENCAMINHAMENTO

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

Franco da Rocha ..... 04 de ..... 03 de 2020

D<sup>o</sup> Luana Gonçalves Viola  
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

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



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
<b>Dados do Beneficiário</b>					
8-Número da Carteira 00202526536200000104	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validez 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			

<b>Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento</b>					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADILOGIA	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	00181000405	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 <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 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 ____/____/____	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/2018/12/01 Ariele Thais dos Reis Machado	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
---	---	---	---

# Universo do Sorriso

EXCELÊNCIA E CARINHO  
NA ODONTOLOGIA



## ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente Axelle Thais da  
Jeho Machado. para realização  
de radiografia panorâmica a fim de visualizar os terceiros molares.

Franco da Rocha ..... 04 de ..... 08 de 20.....

Dra. Greyce Tappa S. Oliveira  
Cirurgião-Dentista  
Gross. 1000, 3º

## ASSINATURA

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