

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

2423222
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 2 / 1 0 / 2 5

6-Número da Guia Principal
14240018

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 9 / 0 8 / 2 5

3-Data de Emissão da Guia
1 3 / 0 8 / 2 5

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 1 1 0 8 4 6 4 0 0 0 7 4 9 0 1 1

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

GONCALVES E TORTOLA S A

11-Data Validade da Carteira

1 2 / 1 0 / 2 5

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

1 2 / 1 0 / 2 5

13-Nome

CINTIA CRISTINA LUCIO DA COSTA

10/09/1993

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

CINTIA CRISTINA LUCIO DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN

ALDEN DE MATTOS FORMENTI

17-Nome do Profissional Solicitante

ALDEN DE MATTOS FORMENTI

22-Nome do Contratado Executante

FORMENTI ODONTOLOGIA & ESTETICA LTDA

18-Número no CRO

152015

19-UF

SP

20-Código CBO S

9999999

25-Código CNES

9999999

26-UF

SP

27-Número no CRO

152015

28-UF

SP

29-Código CBO S

9999999

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1 5 3 1 5 3 9 0 6 1 6 0 0 0 1 1 0 1

23-Número no CRO

134628

24-UF

SP

25-Código CNES

9999999

26-UF

SP

27-Número no CRO

152015

28-UF

SP

29-Código CBO S

9999999

30-UF

SP

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

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Faturamento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Faturamento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Faturamento

62-Tipo de Faturamento

63-Tipo de Faturamento

64-Tipo de Faturamento

65-Tipo de Faturamento

66-Tipo de Faturamento

67-Tipo de Faturamento

68-Tipo de Faturamento

69-Tipo de Faturamento

70-Tipo de Faturamento

71-Tipo de Faturamento

72-Tipo de Faturamento

73-Tipo de Faturamento

74-Tipo de Faturamento

75-Tipo de Faturamento

76-Tipo de Faturamento

77-Tipo de Faturamento

78-Tipo de Faturamento

79-Tipo de Faturamento

80-Tipo de Faturamento

81-Tipo de Faturamento

82-Tipo de Faturamento

83-Tipo de Faturamento

84-Tipo de Faturamento

85-Tipo de Faturamento

86-Tipo de Faturamento

87-Tipo de Faturamento

88-Tipo de Faturamento

89-Tipo de Faturamento

90-Tipo de Faturamento

91-Tipo de Faturamento

92-Tipo de Faturamento

93-Tipo de Faturamento

94-Tipo de Faturamento

95-Tipo de Faturamento

96-Tipo de Faturamento

97-Tipo de Faturamento

98-Tipo de Faturamento

99-Tipo de Faturamento

100-Tipo de Faturamento

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

Dr. Alden Formenti
Cirurgião-Dentista

Dr. Alden Formenti
Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/08/2015

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2442137
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 6 / 1 1 0 / 1 2 5

6-Número da Guia Principal
14300838

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 7 / 1 0 8 / 1 2 5

3-Data de Emissão da Guia
2 7 / 1 0 8 / 1 2 5

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1 0 2 0 2 5 2 6 5 3 9 6 0 0 0 0 6 5 0 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CORPLIFE ADMINISTRADORA DE

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
AMELIA YAEHASHI

04/11/1947

14-Telefone
() - / - / -

15-Nome do titular do plano
AMELIA YAEHASHI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ALDEN DE MATTOS FORMENTI

17-Nome do Profissional Solicitante
ALDEN DE MATTOS FORMENTI

18-Número no CRO
152015

19-UF
SP

20-Código CBO S

205 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 5 3 1 5 1 3 9 0 6 6 0 0 1 1 1 0

22-Nome do Contratado Executante
FORMENTI ODONTOLOGIA & ESTETICA LTDA

23-Número no CRO
134628

24-UF
SP

25-Código CNES
99999999

26-Nome do Profissional Executante
ALDEN DE MATTOS FORMENTI

27-Número no CRO
152015

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 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00	0,00		27/08/25	
2-0	0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	1 4 0 0	0,00	0,00		27/08/25	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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	1 7 4 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(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.

49-Observação

Dr. Alden Formenti

Dr. Alden Formenti

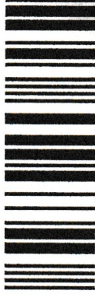
50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

2433348
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 0 1 1 0 1 2 5

6-Número da Guia Principal
14274362

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 0 1 0 9 1 2 5

3-Data de Emissão da Guia
2 1 1 1 0 8 1 2 5

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 8 5 3 4 4 0 0 0 0 0 1 1

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

1 1 1 1 1 1 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

704801074575849

13-Nome

ALINE OLIVEIRA COUTINHO

14-Telefone

14/08/1989

15-Nome do titular do plano

ALINE OLIVEIRA COUTINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

ALDEN DE MATTOS FORMENTI

17-Nome do Profissional Solicitante

ALDEN DE MATTOS FORMENTI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

15 3 5 3 9 0 6 6 0 0 0 1 1 0 1

22-Nome do Contratado Executante

FORMENTI ODONTOLOGIA & ESTETICA LTDA

23-Número no CRO

134628

24-UF

SP

25-Código CNES

9999999

26-Nome do Profissional Executante

ALDEN DE MATTOS FORMENTI

27-Número no CRO

152015

28-UF

SP

29-Código CBO S

152015

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

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\$

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

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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

Favor anexar rx final / foto ao término do procedimento conforme regras da operadora.

Dr. Alden Formenti

Cirurgião-Dentista

16/10/2015

16/10/2015

16/10/2015

16/10/2015

16/10/2015

16/10/2015

16/10/2015

16/10/2015

16/10/2015

16/10/2015

16/10/2015

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

2418841
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14225898	7-Data Validade da Senha 11/11/10/12/5
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253754700000010101	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome RONALDO CAVALCANTE MARTINS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RONALDO CAVALCANTE MARTINS
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALDEN DE MATTOS FORMENTI	18-Número no CRO 152015	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5353906600011101	22-Nome do Contratado Executante FORMENTI ODONTOLOGIA & ESTETICA LTDA	23-Número no CRO 134628	24-UF SP	25-Código CNES 9999999
---	--	----------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante ALDEN DE MATTOS FORMENTI	27-Número no CRO 152015	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
1-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VOM	1	1	22,00	0,00	0,00	S	13/08/25	
2-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MOD	1	1	22,00	0,00	0,00	S	13/08/25	
3-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MDO	1	1	22,00	0,00	0,00	S	13/08/25	

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 Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 36,00	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 Beneficiário / Responsável 11/10/18/12/5	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/18/12/5	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/18/12/5
--	--	--

Dr. Alden Formenti

Dr. Alden Formenti



2-Nº



7-Data Validade da Senha

2414029

INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALDEN DE MATTOS FORMENTI	18-Número no CRO 152015	19-UJF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15 3 5 3 9 0 6 6 0 0 0 1 1 0		22-Nome do Contratado Executante FORMENTI ODONTOLOGIA & ESTETICA LTDA	23-Número no CRO 134628
26-Nome do Profissional Executante ALDEN DE MATTOS FORMENTI		24-UJF SP	25-Código CNES 99999999
		27-Número no CRO 152015	28-UJF SP
		29-Código CBO S	

[illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	46-Total Quantidade US _____ 17400	47-Valor Total R\$ _____ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ _____ 0000
------------------------	---	--	-------------------------------------	--

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), fô(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.

[illegible]