



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/06/21	4-Data de Autorização 04/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8662462	7-Data Validade da Senha 01/09/21	8-Número da Carteira 00202538203000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde					
13-Nome AUGUSTO CESAR FRANCA								14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano AUGUSTO CESAR FRANCA					
16-Atendimento a RN N											17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI			23-Número no CRO 45287		24-UF SP	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI					27-Número no CRO 45287		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-	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			4/6/21		Augusto
2-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			4/6/21		Augusto
3-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			4/6/21		Augusto
4-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			4/6/21		Augusto
5-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			4/6/21		Augusto
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 178,00	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 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 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 4/6/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 4/6/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 4/6/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 4/6/21
---------------	---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502



514946
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/04/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8449090	7-Data Validade da Senha 04/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252527300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PAMELA APARECIDA JUSTINO	14-Telefone 14/03/1996	15-Nome do titular do plano PABLO CHAVES CARDOSO
-------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	27-Número no CRO 45287	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 Classe	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	7/6/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	7/6/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	7/6/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	7/6/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	7/6/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Classe 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 178,00	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) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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 7/6/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 7/6/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 7/6/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional 7/6/21
---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP-5502



536219
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 04/12/11	4-Data de Autorização 12/09/10 04/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8530764	7-Data Validade da Senha 12/07/10 07/12/11
8-Número da Carteira 00202510550600758901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSEMARY MANIR HAJJ SORBO			14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ROSEMARY MANIR HAJJ SORBO	
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Exequente ELISETE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Exequente ELISETE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	28-UF SP	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

30-Tabella	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 Glor	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S 31/05/21				RuSb
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	S 31/05/21				
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	S 31/05/21				
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	S 31/05/21				
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	S 31/05/21				
6-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	S 31/05/21				
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 239,00	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) 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 Criador/Dono Solicitante 13/11/15 11/21	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 13/11/15 11/21 RuSb	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/15 11/21 RuSb	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/15 11/21
---------------	---	---	--	--

CEMAO
CRO/SP 5502



571410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/21	4-Data de Autorização 02/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8656261	7-Data Validade da Senha 30/08/21
8-Data de Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIETE BARBOSA CAMPOS DOS SANTOS		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano ELIETE BARBOSA CAMPOS DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELIETE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELIETE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/06/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/06/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/06/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/06/21		
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/06/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 178,00	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) 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 7/16/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 7/16/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 7/16/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 7/16/21
---------------	--	--	--	--

CEMAO
CRO/SP 5502