



470217
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8269266	7-Data Validade da Senha 05/05/21
8-Número da Carteira 00202532725800011901			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SOLANGE VIDAL MOITA			14-Telefone 03/02/1969	15-Nome do titular do plano SOLANGE VIDAL MOITA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749			22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI			27-Número no CRO 45287	28-UF SP	29-Código CBO S
25-Código CNES			025 - Faturar Empresa		

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/02/21		
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 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 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 11/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMAO CRO/SP 5502
---------------	---	---	---	---



418468
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8051345	7-Data Validade da Senha 11/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253108400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADMA SILVANA ANSELMO GONCALVES		14-Telefone 22/02/1971	15-Nome do titular do plano ALEX VIANA		
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 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	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/11/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/11/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/11/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/11/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID		1	36,00	0,00		S	23/11/20		
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 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 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

23/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

23/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

23/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

23/11/20

CEMAO
CRO/SP 5502



473167
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 11/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8287851	7-Data Validade da Senha 10/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534756300000107	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRESSA ARAUJO DOS SANTOS		14-Telefone 10/07/1985	15-Nome do titular do plano QUELI CRISTINA PEREIRA		
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	Enviar - RX (I) 85100200
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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /	18/02/2011	Andressa
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	/ /	18/02/2011	Andressa
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	/ /	18/02/2011	Andressa
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	/ /	18/02/2011	Andressa
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	/ /	18/02/2011	Andressa
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	88,00	0,00		S	/ /	18/02/2011	Andressa
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 266,00	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 18/02/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/02/2011
---------------	---	---	---	---



471610
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2012	4-Data de Autorização 10/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277127	7-Data Validade da Senha 10/08/2015
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020253543480000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome KELVY APARECIDO DA CONCEICAO	14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano KELVY APARECIDO DA CONCEICAO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			025 - Faturar Empresa		
16-Atendimento a RN 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 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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			12/02/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/02/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/02/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/02/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/02/2012		
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 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 12/02/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/02/2012 CEMAO CRO/SP 5502
---------------	---	---	---	---