



450150
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/21	4-Data de Autorização 12/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8181288	7-Data Validade da Senha 08/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534665300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SONIA BENEDITA DA SILVA FARIA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SONIA BENEDITA DA SILVA FARIA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA DAYANA ANTONELLO	18-Número no CRO 6515	19-UF MT	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100226 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03256647146	22-Nome do Contratado Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	23-Número no CRO 6515	24-UF MT	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO		27-Número no CRO 6515	28-UF MT	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
1-00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OPMV	1	122,00	0,00	0,00	S	12/01/21		Sonia
2-00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	122,00	0,00	0,00	S	12/01/21		Sonia
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	61,00	0,00	0,00	S	08/01/21		Sonia
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	22/01/21		Sonia
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	18/01/21		Sonia
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/01/21		Sonia
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 542,00	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 22/01/21 Jessica Antonello	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/21 Sonia Benedita da Silva Faria	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21 Sonia Benedita da Silva Faria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/01/21 Jr. Jessica D. Antonello Cirurgiã-Dentista CRO: 6515-MT
---	---	---	--



405678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999069	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511093300014201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRIME COMERCIO DE PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WAGNER KAZUO MIRANDA SOMA	14-Telefone 17/12/1982	15-Data de Nascimento 17/12/1982	16-Telefone () - - - - -	16-Nome do titular do plano WAGNER KAZUO MIRANDA SOMA
--------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA DAYANA ANTONELLO	18-Número no CRO 6515	19-UF MT	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03256647146	22-Nome do Contratado Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	23-Número no CRO 6515	24-UF MT	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	27-Número no CRO 6515	28-UF MT	29-Código CBO S	(I) 85100200 (II) 85100200	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	02/11/20		Wagner
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00	0,00	S	02/11/20		Wagner
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	61,00	0,00	0,00	S	23/11/20		Wagner
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00	0,00	S	02/11/20		Wagner
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	28/12/20		Wagner
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	23/11/20		Wagner
7-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOV	1	122,00	0,00	0,00	S	23/11/20		Wagner
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 569,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 28/12/20 JESSICA DAYANA ANTONELLO	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/12/20 JESSICA DAYANA ANTONELLO	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/12/20 Wagner Kazuo Miranda Soma	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/12/20 JESSICA D. ANTONELLO Cirurgiã-Dentista PRO: 6515-MT
--	--	---	---



437843
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2020	4-Data de Autorização 14/12/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8132351	7-Data Validade da Senha 09/03/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253316030000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SILVANIA MENDONCA DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILVANIA MENDONCA DA SILVA
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA DAYANA ANTONELLO	18-Número no CRO 6515	19-UF MT	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03256647146	22-Nome do Contratado Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	23-Número no CRO 6515	24-UF MT	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	27-Número no CRO 6515	28-UF MT	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/12/20		Silvania
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/12/20		Silvania
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/12/20		Silvania
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/12/20		Silvania
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 144,00	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 04/01/21 Jessica Antonello	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/01/21 Jessica Antonello	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/01/21 Silvanie M. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/20 Dr. Jessica D. Antonello Cirurgiã-Dentista RO: 6515-MT
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

452272
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 12/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8189303	7-Data Validade da Senha 12/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025342575000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLEDIANE FONTES DE ASSIS	14-Telefone 25/08/1986	15-Nome do titular do plano CLEDIANE FONTES DE ASSIS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA DAYANA ANTONELLO	18-Número no CRO 6515	19-UF MT	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03256647146	22-Nome do Contratado Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	23-Número no CRO 6515	24-UF MT	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (IF) 5015-113
26-Nome do Profissional Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	27-Número no CRO 6515	28-UF MT	29-Código CBO S (I) 85100200	

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OD	1	8,00	0,00		S	13/01/21		Clediane
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	VO	1	8,00	0,00		S	13/01/21		Clediane
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6,00	0,00		S	13/01/21		Clediane
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OV	1	8,00	0,00		S	18/01/21		Clediane
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6,00	0,00		S	25/01/21		Clediane
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MV	1	8,00	0,00		S	25/01/21		Clediane
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	6,00	0,00		S	25/01/21		Clediane
8	0050115	EXODONTIA SIMPLES DE	S3		1	7,50	0,00		S			Clediane
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 610,00	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 25/01/21 JESSICA DAYANA ANTONELLO	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 Clediane Fontes De Assis	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/01/21 JESSICA D. ANTONELLO Cirurgião-Dentista CRO: 6515-MT
--	--	---	--



447935
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/01/21	4-Data de Autorização 05/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8173355	7-Data Validade da Senha 05/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253425750000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CLEDIANE FONTES DE ASSIS	14-Telefone 25/08/1986	15-Nome do titular do plano CLEDIANE FONTES DE ASSIS
-------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA DAYANA ANTONELLO	18-Número no CRO 6515	19-UF MT	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03256647146	22-Nome do Contratado Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	23-Número no CRO 6515	24-UF MT	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	27-Número no CRO 6515	28-UF MT	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/01/21		Clediane
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/01/21		Clediane
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/01/21		Clediane
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			21/01/21		Clediane
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 144,00	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 21/01/21 JESSICA ANTONELLO	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/21 JESSICA ANTONELLO	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/21 Clediane Fontes de Assis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/21 JESSICA D. ANTONELLO Cirurgião-Dentista RO: 6515-MT
---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

452231
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/12	4-Data de Autorização 12/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8188896	7-Data Validade da Senha 12/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253466640000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CLARA FERREIRA MODESTO	14-Telefone 12/11/2008	15-Nome do titular do plano DEBORA CASSIANO SETTE		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA DAYANA ANTONELLO	18-Número no CRO 6515	19-UF MT	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03256647146	22-Nome do Contratado Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	23-Número no CRO 6515	24-UF MT	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	27-Número no CRO 6515	28-UF MT	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	18/02/12		Debor
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	18/02/12		Debor
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 133,00	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 18/02/12 Jessica D. Antonello	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/12 Debora Cassiano Sette	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/12 Debora Cassiano Sette	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/02/12 Jessica D. Antonello Cirurgião-Dentista CRO: 6515-MT
--	---	---	--



452244
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 12/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8188903	7-Data Validade da Senha 12/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534666400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DEBORA CASSIANO SETTE		14-Telefone 05/12/1986	15-Nome do titular do plano DEBORA CASSIANO SETTE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA DAYANA ANTONELLO	18-Número no CRO 6515	19-UF MT	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03256647146	22-Nome do Contratado Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO	23-Número no CRO 6515	24-UF MT	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA DAYANA ANTONELLO		27-Número no CRO 6515	28-UF MT	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	15/01/21		Debor
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,00	0,00	0,00	S	15/01/21		Debor
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/01/21		Debor
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/01/21		Debor
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	25/03/21		Debor
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	25/03/21		Debor
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	25/03/21		Debor
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	25/03/21		Debor
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 415,00	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 25/01/21 Jessica Antonello	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 Jessica Antonello	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 Debora Cassiano Sette	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/01/21 Jessica D. Antonello Cirurgiã-Dentista CRO: 6515-MT
---	---	---	---