



541441
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/05/12	4-Data de Autorização 07/05/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8550090	7-Data Validade da Senha 02/08/12
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600741203		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELE ANTUNES DIOGO			14-Telefone (11) / /	15-Nome do Titular do plano ADALTO ROGERS DIOGO	
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 Glosa	42-Assinatura
1	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00			10/05/12		
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00			10/05/12		
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00			10/05/12		
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00			10/05/12		
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 196,00	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 10/05/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/05/12
---	---	---	--

CEMAO
CRO/SP 5502



541423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/05/2013	4-Data de Autorização 06/05/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8549949	7-Data Validade da Senha 02/08/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600741203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ISABELE ANTUNES DIOGO	14-Telefone 13/05/2013	15-Nome do titular do plano ADALTO ROGERS DIOGO
----------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH 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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/05/2013		
2-	0084000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	76,00	0,00			10/05/2013		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data 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 110,00	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(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-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 10/05/2013	50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 10/05/2013	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2013	52-Data, local e Cartão da Empresa 10/05/2013
---	---	---	--

CEMAO
CRO/SP 5502