



514946
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/10/21		4-Data de Autorização 07/04/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8449090		7-Data Validade da Senha 04/10/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025252730000000102						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	
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	

025 -
Faturar Empresa

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	7	6/11/21	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	7	6/11/21	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	7	6/11/21	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	7	6/11/21	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	7	6/11/21	
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 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 7/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 7/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 7/11/21
53-Data, local e Assinatura da Empresa 7/11/21		

CEMAO
CRO/SP 5502



514958
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 8449125	7-Data Validade da Senha 04/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600321702		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIELA PANTOJA FARIAS			14-Telefone 10/09/2007	15-Nome do titular do plano MECINDA REGINA PANTOJA FARIAS	
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
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-Valor		31-Franquia/Co-participação R\$	
32-Valor Total R\$		33-Valor Total R\$		34-Valor Total R\$	

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	17	OM	1	88,00	0,00			07/06/21		Mecinda
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00			18/05/21		Mecinda
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00			26/04/21		Mecinda
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	88,00	0,00			12/04/21		Mecinda
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 352,00	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 07/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/06/21 Mecinda Pantoja Farias	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/06/21 CEMAO CRO/SP 5502
---------------	---	---	--	---