



711148  
INTERCÂMBIO

|                                                                |                                                              |                                        |                                                    |                                       |                                         |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/10/91/21                     | 4-Data de Autorização<br>21/10/91/21   | 5-Senha<br>AUTORIZADO                              | 6-Número da Guia Principal<br>9081602 | 7-Data Validade da Senha<br>20/11/21/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                              |                                        |                                                    |                                       |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600246001                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                         |
| 13-Nome<br>JOSE INACIO FIRMINO                                 |                                                              | 14-Telefone<br>28/09/1967              | 15-Nome do titular do plano<br>JOSE INACIO FIRMINO |                                       |                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                              |                                        |                                                    |                                       |                                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMAO                 | 18-Número no CRO<br>45287              | 19-UF<br>SP                                        | 20-Código CBO S<br>11                 | 025 -<br>Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>73096334749             | 22-Nome do Contratado Executante<br>ELISETE MARIA ANTONIASSI | 23-Número no CRO<br>45287              | 24-UF<br>SP                                        | 25-Código CNES                        |                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ELISETE MARIA ANTONIASSI |                                                              | 27-Número no CRO<br>45287              | 28-UF<br>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     |                                 |        | 21/09/2021            |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

Dr. Elisete M. Antonias  
Periodontista  
CRO. SP 45.287

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>21/10/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>21/10/21<br>Dr. Elisete M. Antonias<br>Periodontista<br>CRO. SP 45.287 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>21/10/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>21/10/21<br>CEMAO<br>CRO/SP 5502 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|



627925  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/07/21 | 4-Data de Autorização<br>23/07/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8840160 | 7-Data Validade da Senha<br>19/10/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                         |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202539558700000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde |
| 13-Nome<br>SERGINALDO JOSE DE GODOY          |                                | 14-Telefone<br>02/07/1971            | 15-Nome do titular do plano<br>SERGINALDO JOSE DE GODOY |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                               |                           |             |                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Alcandimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMAO                  | 18-Número no CRO<br>45287 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>11 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>73096334749              | 22-Nome do Contratado Executante<br>ELISETTE MARIA ANTONIASSI | 23-Número no CRO<br>45287 | 24-UF<br>SP | 25-Código CHES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ELISETTE MARIA ANTONIASSI |                                                               | 27-Número no CRO<br>45287 | 28-UF<br>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 Gêsa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1         | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ | 15              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 |        | 26/07/21              |                   |               |
| 2         | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ | 14              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 |        | 26/07/21              |                   |               |
| 3         | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ | 21              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 |        | 26/07/21              |                   |               |
| 4         | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ | 22              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 |        | 26/07/21              |                   |               |
| 5         | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ | 27              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 |        | 26/07/21              |                   |               |
| 6         |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7         |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8         |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9         |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10        |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11        |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12        |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13        |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14        |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15        |                           |                   |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

Dr. Elisete M. Antonassi  
Periodontista  
CRO. SP 45.287

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                               |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Alandimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>365,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia/Co-participação R\$<br>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 em 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-Observação

|                                                                           |                                                                                                                              |                                                                       |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>26/07/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/07/21<br>Dr. Elisete M. Antonassi<br>Periodontista<br>CRO. SP 45.287 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/07/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMAO<br>CRO/SP 5502 |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

