



603244
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/06/12/1	4-Data de Autorização 01/07/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8760593	7-Data Validade da Senha 28/09/12/1
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202539421700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILMAR LOIOLA DA SILVA			14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano GILMAR LOIOLA DA SILVA	

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 Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	/ /	05/07/12	Gilmar
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	/ /	05/07/12	Gilmar
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	/ /	05/07/12	Gilmar
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	/ /	05/07/12	Gilmar
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\$ 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(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. Dr. Elisete M. Antonassi

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/07/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/07/12
---	---	---	---



603227
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/06/21	4-Data de Autorização 01/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8760552	7-Data Validade da Senha 28/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539421700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GILMAR LOIOLA DA SILVA		14-Telefone 13/03/1998	15-Nome do titular do plano GILMAR LOIOLA DA SILVA		
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	

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					
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					
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 02/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/07/21
---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502