



475752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/21	4-Data de Autorização 12/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8294795	7-Data Validade da Senha 13/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535434800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELVY APARECIDO DA CONCEICAO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KELVY APARECIDO DA CONCEICAO	

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		

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			12/10/21		- REC
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			12/10/21		- REC
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	61,00	0,00			10/10/21		- REC
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00			10/10/21		- REC
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			12/10/21		- REC
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 305,00	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 10/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/21
---------------	--	---	---	---	---



474281
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 10/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8288228	7-Data Validade da Senha 11/05/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202535434800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome KELVY APARECIDO DA CONCEICAO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KELVY APARECIDO DA CONCEICAO		
18/09/1995					
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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	0,00		10/03/21		- HPE
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00		10/03/21		- HPE
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00		10/03/21		- HPE
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	0,00		10/03/21		- HPE
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00		10/03/21		- HPE
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00		10/03/21		- HPE
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 366,00	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 11/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/03/21