



676854  
INTERCÂMBIO

|                          |                                          |                                      |                       |                                       |                                         |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/10/81/21 | 4-Data de Autorização<br>23/10/81/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8975954 | 7-Data Validade da Senha<br>21/11/11/21 |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                        |                                                              |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600321703 | 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>NICOLE PANTOJA FARIAS             |                                | 14-Telefone<br>( ) -                   | 15-Nome do titular do plano<br>MECINDA REGINA PANTOJA FARIAS |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                               |                           |             |                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Alinhamento a RM<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 CNES        |                          |
| 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 Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 16              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 27/9/21               |                    | Mecinda       |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 15              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 27/9/21               |                    | Mecinda       |
| 3         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 27/9/21               |                    | Mecinda       |
| 4         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 47              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 27/9/21               |                    | Mecinda       |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Alinhamento<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>244,00 | 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 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 | Dr. Elisete M. Antonias<br>Periodontista<br>CRO/SP 45.287 | Dr. Elisete M. Antonias<br>Periodontista<br>CRO/SP 45.287 |
|---------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

|                                                                           |                                                               |                                                                                          |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>27/11/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>27/11/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/11/21 Mecinda R. Pantoja | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>27/11/21 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Farias

**CEMAO**  
CRO/SP 5502





|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |                       |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| 1-Registro AHO<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/08/21 | 4-Data de Autorização<br>23/08/21 | 5-Serha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8975960 | 7-Data Validade da Serha<br>21/11/21 | 676869<br>INTERCÂMBIO |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|

|                                              |  |                                |                                                              |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600321703 |  | 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>NICOLE PANTOJA FARIAS             |  | 14-Telefone<br>18/12/2005      | 15-Nome do titular do plano<br>MECINDA REGINA PANTOJA FARIAS |                                     |                                       |

|                                                                |                                                              |                           |             |                       |                          |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RH<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 CHES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ELISETE MARIA ANTONIASSI |                                                              | 27-Número no CRO<br>45287 | 28-UF<br>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 Glor | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 27/09/21              |                   | Meuda         |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) 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 | Dr. Elisete M. Antoniassi<br>Periodontista<br>CRO. SP 45.287 | Dr. Elisete M. Antoniassi<br>Periodontista<br>CRO. SP 45.287 |
|---------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                                                           |                                                               |                                                                       |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>27/09/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>27/09/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/09/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>27/09/21 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

**CEMAO**  
CRO/SP 5502





676876  
INTERCÂMBIO

|                                                                |                                                              |                                        |                                                              |                                       |                                      |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/08/21                        | 4-Data de Autorização<br>23/08/21      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                        | 6-Número da Guia Principal<br>8975997 | 7-Data Validade da Senha<br>21/11/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                              |                                        |                                                              |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600321701                   | 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>MECINDA REGINA PANTOJA FARIAS                       |                                                              | 14-Telefone<br>21/02/1974              | 15-Nome do titular do plano<br>MECINDA REGINA PANTOJA FARIAS |                                       |                                      |
| 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                       |                                      |

| 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      | 27/11/21              |                    | Mecinda       |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/11/21              |                    | Mecinda       |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIH            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/11/21              |                    | Mecinda       |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/11/21              |                    | Mecinda       |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/11/21              |                    | Mecinda       |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto 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>178,00 | 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 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

Dr. Elisete M. Antoniassi  
Períodista  
CRO-SP 45.287

Dr. Elisete M. Antoniassi  
Períodista  
CRO-SP 45.287

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
27/11/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
27/11/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
27/11/21 Mecinda Pantoja

53-Data, local e Carimbo da Empresa  
27/11/21

**CEMAO**  
CRO/SP 5502