



656997
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/21	4-Data de Autorização 11/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8928584	7-Data Validade da Senha 09/11/21
8-Número da Carteira 00202540887400000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome GABRIEL WALLACE MACHADO DE MESQUITA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GABRIEL WALLACE MACHADO DE MESQUITA	
16-Atendimento a RVN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO		18-Número no CRO 45287		19-UF SP	
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-Código CBO S 11	
27-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		28-UF SP		29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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			16/08/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/08/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/08/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/08/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/08/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 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-Osservação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/21	53-Data, local e Cartão de Empresa 11/08/21
---------------	---	---	---	--

Dr. Elisete M. Antonassi
Pediodontista
CRO-SP 45.287

Dr. Elisete M. Antonassi
Pediodontista
CRO-SP 45.287

CEMAO
CRO/SP-5502



659160
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 13/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8935033	7-Data Validade da Senha 11/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202540887400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL WALLACE MACHADO DE MESQUITA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIEL WALLACE MACHADO DE MESQUITA	

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 (1) 85100200
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	

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	37	O	1	61,00	0,00			16/08/21		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00			16/08/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 149,00	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 16/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/08/21
---------------	---	---	---	---

Dr. Elisete M. Antonassi
Periodontista
CRO-SP 45.287

Dr. Elisete M. Antonassi
Periodontista
CRO-SP 45.287

CEMAO
CRO/SP 5502