



1386286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/03/23	4-Data de Autorização 23/03/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11032661	7-Data Validade da Senha 21/06/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020255485580000105				13-Nome LEONARDO DE ARAUJO DA HORA				14-Telefone 29/08/2009 () -	
15-Nome do titular do plano DELIO VIEIRA DA HORA									

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 6846		19-UF ES		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUMA CHAMUN MAMERI		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29889677000104		22-Nome do Contratado Executante ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA	
23-Número no CRO 7959		24-UF ES		25-Código CNES 9999999			
26-Nome do Profissional Executante LUMA CHAMUN MAMERI		27-Número no CRO 6846		28-UF ES		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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/03/23		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/03/23		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/03/23		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/03/23		
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 140,00	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 assinasse 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 23/03/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/03/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/03/23 Delio Vieira da Hora ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA. AV. JERÔNIMO MONTEIRO, Nº 1371 CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES
--	--	--