



391820
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941712	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253176090000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIO ROBERTO SILVA DE ARAUJO	14-Telefone 27/09/1993	15-Nome do titular do plano MARIO ROBERTO SILVA DE ARAUJO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUMA CHAMUN MAMERI	18-Número no CRO 6846	19-UF ES	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13633612793	22-Nome do Contratado Executante LUMA CHAMUN MAMERI	23-Número no CRO 6846	24-UF ES	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUMA CHAMUN MAMERI	27-Número no CRO 6846	28-UF ES	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/10/2020	x	
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/10/2020	x	
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/10/2020	x	
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/10/2020	x	
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/2020	x	
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 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 este 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 08/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 08/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/2020
---------------	---	--	---	---

29.889.677/0001-04
ORAL VITA ODONTOLOGIA
INTEGRADA LTDA.

JEFFERSON MONTEIRO, Nº 1371
CENTRO - CEP: 29.100-401
VILA VELHA - ES