



341149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/07/20	4-Data de Autorização 17/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7713810	7-Data Validade da Senha 15/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202530105500000103		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano WAGNER LEMOS DA SILVA	
13-Nome CALEBE GOMES LEMOS DA SILVA		20/12/2013			

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	23-Número no CRO 6846	24-UF ES	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13633612793		22-Nome do Contratado Executante LUMA CHAMUN MAMERI		27-Número no CRO 6846	
26-Nome do Profissional Executante LUMA CHAMUN MAMERI		28-UF ES		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00							17/07/20
2-														
3-														
4-														
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 72,00	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 17/07/20 Luma Chamun Mameri	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 17/07/20 Luma Chamun Mameri	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/07/20 Wagner Lemos da Silva	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 17/07/20
---------------	--	---	---	--

29.889.677/0001-04

ORAL VITA ODONTOLOGIA

INTEGRADA LTDA.

AV. JERÔNIMO MONTEIRO, Nº 1371
CENTRO - CEP: 29.100-401
VILA VELHA - ES