



1387147
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/03/2013	4-Data de Autorização 22/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11035627	7-Data Validade da Senha 22/06/2013
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202555740100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome LAURA DE OLIVEIRA ROSA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano POLYANA DE OLIVEIRA PINTO ROSA		
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 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
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/03/13		Luma
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/03/13		Luma
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/03/13		Luma
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/03/13		Luma
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 assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Assinatura, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Dr. Luma Chamun Mameri
Ortodontia
CRO-ES 6846

51-Assinatura, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Dr. Luma Chamun Mameri
Ortodontia
CRO-ES 6846

52-Assinatura, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

ORALVITA ODONTOLOGIA

INTEGRADA LTDA.

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

29.889.677/0001-04