



1395530  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>3 0 / 0 3 / 2 3 | 4-Data de Autorização<br>3 0 / 0 3 / 2 3 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>11060208 | 7-Data Validade da Senha<br>2 8 / 0 6 / 2 3 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                 |  |                                |                                      |                                                     |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 5 4 8 5 5 8 0 0 0 0 0 1 0 3 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>EDUARDA DE ARAUJO DA HORA                            |  |                                | 14-Telefone<br>21/07/2005            | 15-Nome do titular do plano<br>DELIO VIEIRA DA HORA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                         |                          |             |                                          |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUMA CHAMUN MAMERI               | 18-Número no CRO<br>6846 | 19-UF<br>ES | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>2 9 8 8 9 6 7 7 0 0 0 1 0 4 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA | 23-Número no CRO<br>7959 | 24-UF<br>ES | 25-Código CNES<br>9999999                |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUMA CHAMUN MAMERI           |                                                                         | 27-Número no CRO<br>6846 | 28-UF<br>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         | 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6       | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | O       | 1      | 6 1,0 0          | 0,0 0    | 0,0 0                           | S      | 30/03/23              |                    |               |
| 2         | 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6       | RESTAURAÇÃO RESINA | 27              | O       | 1      | 6 1,0 0          | 0,0 0    | 0,0 0                           | S      | 30/03/23              |                    |               |
| 3         | 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6       | RESTAURAÇÃO RESINA | 46              | V       | 1      | 6 1,0 0          | 0,0 0    | 0,0 0                           | S      | 30/03/23              |                    |               |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                     |                             |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 8 3,0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0,0 0 | 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 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 Contratado-Dentista Solicitante<br>30/03/2023 Luma Chamun Mameri CRO-ES 6846 |  | 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista<br>30/03/2023 Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846 |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>30/03/2023 Ediane m. de... da hora |  | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>30/03/2023 ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA. AV. JERÔNIMO MONTEIRO, Nº 1371 CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES |  |
|---------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|