



1408722
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012		4-Data de Autorização 12/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 11100558		7-Data Validade da Senha 11/10/2013	
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 00202545124100000102				13-Nome DIEGO BARBOSA DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DELMA OLIVEIRA DOS SANTOS			
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			
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
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00	S	12/04/23		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00	S	12/04/23		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00	S	12/04/23		
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 210,00		47-Valor Total R\$ 29.889,07		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 obrigações 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 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/04/23		51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/04/23		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/23		53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES					