



1416311
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/04/23	4-Data de Autorização 18/04/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11122813	7-Data Validade da Senha 17/07/23
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254405800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDIA REGINA VIEIRA DA HORA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDIA REGINA VIEIRA DA HORA		
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	Enviar - RX (1) 85100200
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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	18/04/23		Dr. Luma Chamun Mameri
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	18/04/23		Dr. Luma Chamun Mameri
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 149,00	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 a autorização e 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		Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846		ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA. AV. J. P. MONTEIRO, Nº 1371 CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
/ /		/ /		/ /	
53-Data, local e Carimbo da Empresa		/ /			