



1342651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/02/23	4-Data de Autorização 16/02/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10904653	7-Data Validade da Senha 17/05/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202554855800000106		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LAZARO AUGUSTO DE ARAUJO DA HORA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DELIO VIEIRA DA HORA	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	16/02/23		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	16/02/23		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/04/23	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 122,00	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 16/02/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/02/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/23 Ortodontia Dr. Luma Chamun Mameri	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 16/02/23 ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA CENTRO - CEP: 1371 VILA VELHA - ES
---	---	---	--



1349485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 2 / 2 3	4-Data de Autorização 2 3 / 0 2 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10923347	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 5 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

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 0 0 2 0 2 5 5 5 1 0 9 9 0 0 0 0 1 0 2									
13-Nome ALESSANDRO DE SOUSA FERREIRA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOSELIA LIMA DE SOUSA			
				10/05/1999					

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							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 9 8 8 9 6 7 7 0 0 0 1 0 4		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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6 1 0 0	0,00		S	23/02/23		<i>Alfonso</i>
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	6 1 0 0	0,00		S	23/02/23		<i>Alfonso</i>
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 0 0	0,00		S	23/02/23		<i>Alfonso</i>
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1 0 0	0,00		S	23/02/23		<i>Alfonso</i>
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 2 4 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-------------------------------------	----------------------------	---

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 Contratado-Donatário Solicitante <i>23/02/23 Dr. Luma Chamun Mameri</i>	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista <i>23/02/23 Ortodontia CRO-ES 6846</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>23/02/23 x Alfonso</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa ORAL VITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA LAV JERÔNIMO MONTEIRO, Nº 1371 CENTRO - CEP. 29.120-401 VILA VELHA - ES
---------------	---	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante <i>23/02/23 Dr. Luma Chamun Mameri</i>	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista <i>23/02/23 Ortodontia CRO-ES 6846</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>23/02/23 x Alfonso</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa ORAL VITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA LAV JERÔNIMO MONTEIRO, Nº 1371 CENTRO - CEP. 29.120-401 VILA VELHA - ES
---	--	--	---



1341666
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/02/23	4-Data de Autorização 24/02/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10901725	7-Data Validade da Senha 16/05/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202555207200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEX RODRIGUES DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOCILANE DE SOUZA FERREIRA	

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	

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/02/23		AMM
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/02/23		AMM
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/02/23		AMM
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/02/23		AMM
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 144,00	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	29.889.677/0001-04
---------------	--------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/02/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ALEX RODRIGUES DOS SANTOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA AV. JERÔNIMO MONTEIRO, Nº 1371 CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES
---	--	--	---



1356657
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/23	4-Data de Autorização 01/03/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10945191	7-Data Validade da Senha 30/05/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 00202555207200000102									
13-Nome ALEX RODRIGUES DOS SANTOS				14-Telefone 28/04/1992		15-Nome do titular do plano JOCILANE DE SOUZA FERREIRA			

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							
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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	01/03/23		Alex
2-										01/03/23		Alex
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 61,00	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 01/03/23 Ortodontia CRO-ES 6846	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/23 Ortodontia CRO-ES 6846	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/23 Alex Rodrigues	53-Data, local e Assinatura do Responsável da Empresa 01/03/23 ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA. AV. JERÔNIMO MONTENEGRO, Nº 1371 CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES
---	---	--	---

29.889.677/0001-04

ORALVITA ODONTOLOGIA

INTEGRADA LTDA.

AV. JERÔNIMO MONTENEGRO, Nº 1371

CENTRO - CEP: 29.100-401

VILA VELHA - ES



1331891
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/23	4-Data de Autorização 08/02/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10872235	7-Data Validade da Senha 09/05/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202546958200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RUTILEA MOREIRA VIANA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RUTILEA MOREIRA VIANA	

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		

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	P	1	61,00	0,00	0,00	S	08/02/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/02/23	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 61,00	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(ram) 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 08/02/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/23 Rutilea Moreira Viana CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/02/23 ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA
--	--	---	--



1356711
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/23	4-Data de Autorização 01/03/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10945337	7-Data Validade da Senha 30/05/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202555207200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEX RODRIGUES DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOCILANE DE SOUZA FERREIRA	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	01/03/23		Alex
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 61,00	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	29.889.6770001-04
---------------	-------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/03/23 Dr. Luma Chamun Mameri CRO-ES 6846	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/23 Alex Rodrigues dos Santos ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA AV. JERÔNIMO MONTEIRO, N.º 1371 CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES
---	---	--



1342601
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/02/23	4-Data de Autorização 16/02/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10904466	7-Data Validade da Senha 17/05/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202554855800000106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DELIO VIEIRA DA HORA	
13-Nome LAZARO AUGUSTO DE ARAUJO DA HORA		07/05/2000		

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

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	16/02/23		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/02/23	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 61,00	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 16/02/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/02/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/23 [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura da Operadora 16/02/23 ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA. AV. JERÔNIMO MONTEIRO, N. CENTRO - CEP: 29.100- VILA VELHA - ES
---	---	--	--



1357869
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/03/23	4-Data de Autorização 02/03/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10948904	7-Data Validade da Senha 31/05/23
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202549625100000102		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome MURILO BRAVIM NALI	
		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARIA LUCIA GOTTARDO NALI	

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 7959		24-UF ES	25-Código CNES 9999999	Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29889677000104		22-Nome do Contratado Executante ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA		27-Número no CRO 6846		28-UF ES
26-Nome do Profissional Executante LUMA CHAMUN MAMERI				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	65	M	1	61,00	0,00		S	02/03/23		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	M	1	61,00	0,00		S	02/03/23		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OV	1	88,00	0,00		S	02/03/23		
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\$ 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 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável MARIA LUCIA GOTTARDO NALI 02/03/23		53-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável ORALVITA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA AV. JERÔNIMO MONTEIRO, Nº 1371 CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--

29.889.677/0001-04