



1395395
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 3 / 2 3	4-Data de Autorização 3 0 / 0 3 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11059761	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 6 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 4 8 5 5 8 0 0 0 0 1 0 5		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEONARDO DE ARAUJO DA HORA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DELIO 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 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		

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	65	M	1	6 1 0 0	0,00		S	30/03/23		
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 6 1 0 0	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 30/03/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/23 Dr. Luma Chamun Mameri Ortodontia CRO-ES 6846	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/23 Fabiana M. da H. da Hora	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/03/23 LAZARONI MONTEIRO, Nº 1371 CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES
---	---	--	---