

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406414	2-Plano de Estado da Casa 10/9//02//21	3-Diaria de Autorização 10/9//02//21	4-Serviço AUTORIZADO	5-Matéria da Casa Principal 8283396	6-Diaria de Estado da Casa 11/0//05//21
--------------------------	---	---	-------------------------	--	--

473288
INTERCÂMBIO

Dado do Servidor 0 0 2 0 2 5 3 5 2 0 6 7 0 0 0 0 0 1 0 1	Id. Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Cidade/Validade da Carteira _____/_____/_____ 12-Autorização do Conselho Nacional de Saúde _____

13-A-0000	DAIANE CAMPOS DE OLIVEIRA	04/02/1986	147 (teléfono)	DAIANE CAMPOS DE OLIVEIRA	13-A-0000 DAIANE CAMPOS DE OLIVEIRA

Qual o Carro mais Responderá pelo Tráfego

17 - Nome do Proponente e Endereço para o N	VANESSA DUTRA LARANJEIRA
Pagamento no CRO	
23038	
RS	
Faturar Empresa	025 -

22-Atividade no Contrôlato Exatidão
VANESSA DUTRA LARANJEIRA
22-Atividade no Contrôlato CNEJ/CPF
0008191014055

23036	27-Número no CNPJ	28-Código CNPJ S	29-Código CNPJ S
-------	-------------------	------------------	------------------

VANESSA DULINKA LAMNOLINA	23038	R2	
---------------------------	-------	----	--

[illegible][illegible][illegible]

4.

[illegible][illegible][illegible]

☐ Tratamento Oncológico 2-Estudo Radiológico 3-Orbitomias 4-Infecção/Enfermidade
☐ 1-Total 2-Parcial
 1 8 3 0 0
 0 0 0 0 0

Unidade, que após ser adequadamente avaliada, poderá ser aproveitada, todavia a unidade a ser aproveitada deverá cumprir as obrigações de prestação assistida e estar em conformância com o contrato. Devido ainda que o(s) proprietário(s) acima, e por mim assinado(s), tomo(m) realizado(s) com meu conhecimento e de forma satisfatória, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, diferentes do tratamento realizado, compreendendo-me a estar com os custos conforme previsto em contrato.

44-Olimpico

[illegible]

50-Dados locais e Materiais do Cursinho-Definitivo Solicitante	09/1021/21
51-Horas locais e Assinatura do Coordenador-Curricular	09/1021/21 ✓
52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário Responsável	09/1021/21 x P. nuno
53-Dados locais e Cartão da Empresa	_____/_____/_____

Vanessa Dutra Lanquar
Cirurgiã-Dentista
