



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 4068414	3-Dia de Emissão da Guia 1 2 / 0 4 / 2 5	4-Dia de Autocrédito 1 6 / 0 4 / 2 5	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13762505	7-Dia de Validade da Guia 1 1 / 0 7 / 2 5
Beneficiário da Carteira [0 0 2 0 2 5 1 2 0 5 3 1 9 0 0 0 0 0 1 0 1]					
Nome LORENA NASCIMENTO PIRES					
Data do Contrato Responsável pelo Tratamento					
16-Matuturno e RN N	17-Nome do Produtor(a) Seguradora DRA. NATHALIA RAIMANN DE LA TORRE	12/06/2001			
21-Código na Ordem de CNPJ / CPF 5 8 4 1 4 3 1 7 0 0 1 5 4					
22-Nome do Contratado Excelente DE LA TORRE ODONTOLOGIA LTDA ME					
26-Nome do Profissional Excelente NATHALIA RAIMANN SEGURA DE LA TORRE DA CRUZ					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
14-Telefone () () - - - - -					
16-Número no CNO 11156					
18-Número no CNO SC					
23-Número no CNO 11156					
25-Número no CNO SC					
11-Dia de Validade da Carteira [] [] [] / [] [] []					
15-Nome do titular do plano LORENA NASCIMENTO PIRES					
25-Código CNEB S 04					
25-Código CNEB 99999999					
25-Código CNO S					
Faturar Empresa 025 -					

2278584
INTERCAMBIO

	30-Tabela	31-Descrição do Procedimento	32-Descrição	33-Demonstrativo	34-Med.	35-Cad.	36-Qntidade US	37-Vigor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut.	40>Data de Realização	41-Horário da Obra	42-Assinatura
1-	0,0	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODONTICO	36	1	5 3 3 0 0	0 0 0		5 0 1 0 2 5 0 1	X	Borne	x Borne	
2-	0,0	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODONTICO	46	1	5 3 3 0 0	0 0 0		5 0 1 0 2 5 0 1	X	Borne	x Borne	
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
16-													
17-													
18-													
19-													
20-													
21-													
22-													
23-													
24-													
25-													
26-													
27-													
28-													
29-													
30-													
31-													
32-													
33-													
34-													
35-													
36-													
37-													
38-													
39-													
40-													
41-													
42-													
43-													
44-	Dile Previsão Trabalho no Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Estoma Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total Especial	46-Total Quantitativa US	1 0 6 6 0 0	47-Valor Total R\$	0 0 0 0	48-Total Franquia /Co-participação R\$			
45-	Obrigado que após ter sido devidamente esmiuçado 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, é por mim assinando(o), pelo(a) responsável(o) com meu reconhecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar ao meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-se a arcas com os custos conforme previsto na legislação vigente.	Endodontia e Ortodontia	CRO/SC-11156	Drª Natália de La Torre da Cruz	Endodontia e Ortodontia	CRO/SC-11156							
46-	Observação												
47-	Dile Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Soufiane	(S)-Dile Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	(S)-Dile Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	(S)-Dile Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	(S)-Data, local e Carimbo da Empresa	(S)-Assinatura							
48-	01/07/25	01/07/25	01/07/25	01/07/25	01/07/25	01/07/25							