



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1454351
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/05/12/3	4-Data de Autorização 11/8/05/12/3	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11230349	7-Data Vencimento da Guia 11/5/08/12/3
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 010202548767000010010103	9-Tipo de Benefício POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencimento da Carteira 11/7/05/12/3	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome YURI FERRARI DOS SANTOS	14-Teléfono 23/10/2018	15-Nome do Ilustrador do Plano MIRIANE FERRARI
------------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Societário LEONORA SOUTO NUNES	18-Número no CRO 11187	19-UF SC	20-Código CEO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código no Operador / CNU / CPF 11577432000193	22-Nome do Correlato Exatidão ENTREDENTES CONSULTORIO ODONTOLÓGICO SS	23-Número no CRO 11187	24-UF SC	25-Código CNES 0849367	26-Faturar Empresa Enviar - RX
---	--	---------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------------------

27-Nome do Profissional Escudeiro LEONORA SOUTO NUNES	28-Código CEO S 11187	29-Código CEO S SC	30-Código CEO S 0849367	31-Valor R\$ 100,00
--	--------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------

32-Descrição	33-Data Regio	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010185100196 RESTAURAÇÃO RESINA	84	0	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-010185100200 RESTAURAÇÃO RESINA	75	0	1	8	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-010185100200										
4-010185100200										
5-010185100200										
6-010185100200										
7-010185100200										
8-010185100200										
9-010185100200										
10-010185100200										
11-010185100200										
12-010185100200										
13-010185100200										
14-010185100200										
15-010185100200										

43-Data Final do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Taxa Total R\$	47-Taxa Total R\$	48-Taxa Total R\$	49-Taxa Total 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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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-Operadora

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Societário 11/8/05/12/3	51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 11/8/05/12/3	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/8/05/12/3	53-Data, local e Assinatura do Profissional 11/8/05/12/3
---	--	---	---

Dr. Leonora Souto Nunes
CRO 11187