

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1. Registro ANS	406414
3. Data de Emissão da Guia	10/8/11 01/1/21
4. Data de Autorização	11/11/01 1/21
5. Sembr	AUTORIZADO
6. Número da Guia Principal	818133
7. Data Válida da Sembr	10/8/11 04/1/21

450118
INTERCÂMBIO

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RH	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-LUF	20-Código CBO S
N	CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	10960	GO	025 -
Faturar Empresa				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-LUF	25-Código CIES
0 0 9 3 4 9 1 1 1 5 0	CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	10960	GO	
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-LUF	29-Código CBO S
CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		10960	GO	

30-1. Data	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Quant. Regido	34- Fios	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frangível/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1-10	018	53	0	0	0	4	7					
2-10	018	53	0	0	0	4	7					
3-10	018	53	0	0	0	4	7					
4-10	018	53	0	0	0	4	7					
5-1	018	53	0	0	0	4	7					
6-1	018	53	0	0	0	4	7					
7-1	018	53	0	0	0	4	7					
8-1	018	53	0	0	0	4	7					
9-1	018	53	0	0	0	4	7					
10-1	018	53	0	0	0	4	7					
11-1	018	53	0	0	0	4	7					
12-1	018	53	0	0	0	4	7					
13-1	018	53	0	0	0	4	7					
14-1	018	53	0	0	0	4	7					
15-1	018	53	0	0	0	4	7					

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, ratifico e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim autorizado(s), implicam realização(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. Observações	
50. Data, local e Assentatura do Conselho Diretora Solicitante	11/11/2011/BA
51. Data, local e Assentatura do Conselho Diretora	11/11/2011/BA
52. Data, local e Assentatura do Beneficiário / Responsável	11/11/2011/BA Adão Roberto de Oliveira Alves
53. Data, local e Causa da Emissão	11/11/2011/BA Cláudia Regina F. Galvão Cirurgiã Dentista