



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/6/10 11/21	4-Data de Autorização 10/7/01 11/21	5-Sentia AUTORIZADO	6-Endereço da Cia e Fone/Fax 8175327	10/6/10 4/21
--------------------------	--	--	------------------------	---	--------------

Dados do Beneficiário[illegible][illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante			18-Nome da Empresa	
N	LUANA WALGER DE FARIA			Faturar Empresa	
19-CPF			20-CPF	21-CPF	22-CPF
			17756	BA	
23-CPF			24-CPF	25-Código CNEC	26-CPF
			12416		

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	04092818670
22-Nome do Contratado / Executante	LUANA WALGER DE FARIA
23-Número no CRO	17756
24-UF	BA
25-Código CBO S	

26-Nome do Profissional Exercente	17756	BA	
LUANA WALGER DE FARIA			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Kegiao	34-Tipo	35-Qnto	36-Quantidade de
1-1000810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	S107

2.

3. 

[illegible]

9

[illegible][illegible]

10

1	2	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	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento 	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Atendimento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Atendimento
---	---	--	---

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 médicas, a pagar a minha conta, ao profissional, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (colibriam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional, o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	2
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	2
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	03/03/2011
53-Data, local e Carimbo da Empresa	10/03/2011

07/06/21	Sum Sum
07/06/21	sum, sum
07/06/21	P 000
07/06/21	sum

vs. *Salpella* (Dantane 1998)