



7.Data Validade da Senha

8-Número da Guia Principal
461152

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização _____

ata de Emissão da Guia
25/01/21

3-D

do Beneficiário	10- Empresa	11- Data Validade da Carteira	12- Número do Cartão Nacional da Saúde
0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 6 1 5 8 0 1	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	1 1 / 1 1 / 1 1	
ma	14- Telefone	15- Nome do titular do plano	
31/12/1969	(1 1 6) 3 3 3 7 - 1 4 8 8	MARIA DO CARMO FREITAS GODOI	

do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
indimento a RN		ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR		26092		SP		025 -	
22-Nome do Contratado Excutante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES			
ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR		26092		SP					
27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S					
26092		SP							

[illegible]

ro, 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 do profissional assistente e arcar com os custos previstos em anexo. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores inteiros no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 25/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2017
--	--	--