



1-ANS 14 3-Dia de Emissão da Guia 12/10/2011 4-Dia de Autorização 11/11/11 5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 582346 7-Dia Validade da Guia 10/09/2011 8-Intercambio 582346

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome do titular do plano GERCILE NOGUEIRA GONZAGA

14-Nome do Profissional Solicitante ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR

15-Número no CRO 26092 16-UF SP 17-Código CBO S 025 -

18-Número no CRO 26092 19-UF SP 20-Código CHES

21-Número no CRO 26092 22-Código CBO S

23-Número no CRO 26092 24-Código CHES

25-Número no CRO 26092 26-Código CBO S

27-Número no CRO 26092 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Número no CRO 26092 31-UF SP 32-Código CBO S

33-Número no CRO 26092 34-UF SP 35-Código CBO S

36-Número no CRO 26092 37-UF SP 38-Código CBO S

39-Número no CRO 26092 40-UF SP 41-Código CBO S

42-Número no CRO 26092 43-UF SP 44-Código CBO S

45-Número no CRO 26092 46-UF SP 47-Código CBO S

48-Número no CRO 26092 49-UF SP 50-Código CBO S

51-Número no CRO 26092 52-UF SP 53-Código CBO S

54-Número no CRO 26092 55-UF SP 56-Código CBO S

57-Número no CRO 26092 58-UF SP 59-Código CBO S

60-Número no CRO 26092 61-UF SP 62-Código CBO S

63-Número no CRO 26092 64-UF SP 65-Código CBO S

66-Número no CRO 26092 67-UF SP 68-Código CBO S

69-Número no CRO 26092 70-UF SP 71-Código CBO S

72-Tipo de Atendimento 1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-Valor Total R\$ 50-Valor Total R\$

51-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 52-Assinatura do Cirurgião-Dentista 53-Assinatura do Beneficiário (Responsável) 54-Assinatura do Beneficiário (Responsável) 55-Assinatura do Beneficiário (Responsável) 56-Assinatura do Beneficiário (Responsável) 57-Assinatura do Beneficiário (Responsável) 58-Assinatura do Beneficiário (Responsável) 59-Assinatura do Beneficiário (Responsável) 60-Assinatura do Beneficiário (Responsável)

3- que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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

4- Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram 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

5- De acordo com o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.