



70 ANS	3-Dados de Emissão da Guia	4-Dados de Autenticação	5-Série	6-Número da Guia Principal	7-Dados Validados até Série
114	10/9/10 6/12 1	1/1/1/1/1	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	579507	10/7/10 9/12 1

579507
INTERCÂMBIO

No da Carteira
2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 9 4 1 8 0 1
(a)Pessoa POS REDE PRESTADORA
(c)Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
(d>Data Validada da Carteira)
/ / / /

12-Número do Caribe Nacional de Saúde

0	REGINALDO BARBOSA DE ALMEIDA
06/07/1977	15-Nome do titular do plano
REGINALDO BARBOSA DE ALMEIDA	
06/07/1977	14-Teléfono
	() - - - - -

025 -	20-Código CBO 8	18-UF SP	18-Município no CBO 8 26002	17-Nome do Profissional Solicitante EDNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	0-Correlação Responderam pelo Formulário diferente a RN
-------	-----------------	-------------	--------------------------------	---	--

22-Nome do Contratado Exatamente	ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR											
23-Admissão no CRO	26092											
24-Uf	SP											
25-Código CNEC												

[illegible]

0 do Profissional Esquadrilho	22-Aluno no CRO	28-JF	28-Código CRO S
ESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	26092	SP	

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Handwriting practice lines with dashed midlines and solid top/bottom lines.

[illegible][illegible]

44- Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Otorrinolaringologia 4- Urologia/Enfermagem	45- Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 107,00	47- Valor Total R\$ 10,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	-----------------------------------	------------------------------	--

7, 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, bem como a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores necessários para a realização do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

A handwritten signature, possibly 'M. J. J.', is written in dark ink across several horizontal lines of a document. The signature is stylized and spans across multiple lines.[illegible]

2