



1-Registro ANS

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/4/2014 11/2014

4-Data de Autorização
12/04/20125-Senha
AUTORIZADO

1001

-Número da Guia Principal
E0164760

7-Data Validade da Senha

2-Nº

308251
INTERCÂMBIO

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 do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

19. Observação	1

A assinatura do paciente está na guia n.º 253284. —

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