



7-Data Validade da Semana	10/9/10/9/21
6-Número da Guia Principal	582119
5-Semana	PENDENTE DE LIBERAÇÃO
4-Data de Autocancelamento	11/11/11
3-Data de Emissão da Guia	11/10/16/21
2-ANS	114
1-Beneficiário	

INE CRISTINA DE GRANDE	30/11/1978	()	ELAINE CRISTINA DE GRANDE
Contratado Rescindido pelo Titular			Contratado ou Titular do plano

17- Nome do Profissional Solicitante	18- Número do CRO	19- UF	20- Código CBO S
ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	26092	SP	025 -

ESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	26092	SP	
---------------------------	-------	----	--

3. 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) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores em anexo ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

54-Data local e Assinatura do Chefe do Departamento

52º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável por

5.3. Data, local e Carimbo da Empresa