



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N^o

374960
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia <u>1.1.4 /10/09 /2009</u>	4-Data de Autorização <u>1.1.4 /10/09 /2009</u>	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191207	7-Data Validade da Senha <u>1.1.3 /11/12 /2009</u>
--------------------------	--	--	------------------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
3-Número da Carteira CARLA GRANEIRO LACERDA	4-Piano POS REDE PRESTADORA
5-Número do Cartão APEFRIOLPART	
6-Validade da Carteira 18/07/1967	
7-Número do Cartão Nacional de Saúde 700203469439624	
8-Empresa CARLA GRANEIRO LACERDA	
9-Nome CARLA GRANEIRO LACERDA	
10-Telefone (11) 1234-5678	
11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700203469439624	
13-Nome CARLA GRANEIRO LACERDA	
14-Nome CARLA GRANEIRO LACERDA	
15-Nome do titular do plano CARLA GRANEIRO LACERDA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Sócio BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1116290267191	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	27-Número no CRO 37194	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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 a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/farão 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.