



381865
INTERCÂMBIO

1-ANS 414	3-Data de Emissão da Guia 23/09/20	4-Data de Autorização 23/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193850	7-Data Validade da Senha 22/12/20
--------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Beneficiário 0379994065472982	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707400081285971
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Data de Realização 04/05/2011	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANO CHAVES MENEZES
-------------------------------------	----------------------	---

16-Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	18-Número no CRO 47497	19-UF RJ	20-Código CBO B
--	---------------------------	-------------	-----------------

801 -
Faturar Empresa

21-Operadora / CNPJ / CPF 71121947106	22-Nome do Contratado Executante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	23-Número no CRO 47497	24-UF RJ	25-Código CNEB
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Profissional Executante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	27-Número no CRO 47497	28-UF RJ	29-Código CBO B
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/09/20		
084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	23/09/20		
0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/09/20		
0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/09/20		
0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	35,00	0,00		S	23/09/20		
0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/09/20		

43-Previsão Término do Tratamento 23/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 246,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

O, 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 no. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/09/20 Valéria L. Ildefonso Ferreira	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/20 Valéria L. Ildefonso Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20 Luciano Chaves Menezes	52-Data, local e Carimbo da Empresa 23/09/20 Valéria L. Ildefonso Ferreira Cirurgião Dentista CRO - RJ 47.497
---	---	--	--