



411515
INTERCÂMBIO

1-Tipo de Atividade 414		3-Data de Emissão da Guia 04/11/20		4-Data de Autorização 04/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50203778		7-Data Validade da Senha 02/02/21		411515 INTERCÂMBIO	
8-Beneficiário ro da Carteira 037994065561560				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa NEY VIANA BRANDAO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Contratado Responsável pelo Tratamento O GABRYEL MOURA DAVILA				14-Data de Autorização 18/09/2009		15-Telefone () -		16-Nome do titular do plano NEY VIANA BRANDAO					
18-Identificação a RN		17-Nome do Profissional Solicitante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA				19-Número no CRO 47497		20-UF RJ		21-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	
22-Identificação na Operadora / CNPJ / CPF 7121947706		23-Nome do Contratado Executante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA				24-Número no CRO 47497		25-UF RJ		26-Código CNEB			
27-Nome do Profissional Executante ERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA		28-Número no CRO 47497				29-UF RJ		30-Código CBO S					
31-Tratamento / Procedimentos Solicitados													

[illegible]

Previsão Término do Tratamento 4/11/2020	44-Tipo de Atendimento ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 0 6 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	---------------------------------------	-------------------------------	---

to. 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 acordados para a realização do tratamento, bem como os custos com medicamentos, exames, materiais e demais despesas necessárias para a realização do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

41-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/2017 Valério S. Rêgo Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2017 Valério S. Rêgo Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2017 + [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/2017
---	---	--	---