



398028
INTERCÂMBIO

1-ANO 414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199772	7-Data Validade da Senha 14/01/21
--------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Beneficiário LUIS ALESSANDRO ALVES T	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706007389385042
---	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	--

13-Contratado Responsável pelo Tratamento VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDA CELLI CANDIDO DA SILVA
--	----------------------	--

16-Operadora / CNPJ / CPF 7121947706	17-Nome do Contratado Executante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	18-Número no CRO 47497	19-UF RJ	20-Código CBO B	801 - Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Nome do Contratado Executante VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	22-Número no CRO 47497	23-UF RJ	24-Código CNEB
---	---------------------------	-------------	----------------

25-Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	16/10/20		
084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/10/20		
084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/10/20		
084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	16/10/20		
084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/10/20		

43-Previsão Término do Tratamento 16/10/20	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 174,00	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 contrato. 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.

Assinatura

49-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/20 Valéria L. Ildefonso Ferreira	50-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20 Valéria L. Ildefonso Ferreira	51-Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 x	52-Local e Carimbo da Empresa 16/10/20 Dra. Valéria L. Ildefonso Ferreira Cirurgiã Dentista CRO - RJ 47.497
---	---	---	--