



371807  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/09/20 | 4-Data de Autorização<br>09/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50189988 | 7-Data Validade da Senha<br>07/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                         |                                                         |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994064214394 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>709009824532410 |
| 13-Nome<br>CAMILA FELIZOLA DA SILVA       |                                | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>CAMILA FELIZOLA DA SILVA |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                      |                                                                       |                           |             |                 |                                                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA | 18-Número no CRO<br>43091 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(IF) 85200158-46 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>13292915732                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA    | 23-Número no CRO<br>43091 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES  |                                                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA |                                                                       | 27-Número no CRO<br>43091 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S |                                                             |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 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 |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0085200158                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 46              |         | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 |        | 01/10/20              |                    |               |
| 2         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>01/10/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>533,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, 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 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>01/10/20 <i>Dra. Fernanda I. B. Barbosa</i><br>Cirurgiã Dentista<br>CRO-RJ 43091 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>01/10/20 <i>Dra. Fernanda I. B. Barbosa</i><br>Cirurgiã Dentista<br>CRO-RJ 43091 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>01/10/20 <i>Camila</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>01/10/20<br>YAHME SAUDE INTEGRADA LTDA<br>CNPJ: 31.935.829/0001-00<br>(21) 97617-8275 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|