



351296
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181630	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JOSE INACIO DE FRE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700101988013112
8-Número da Carteira 0037000027476777		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOSE INACIO DE FREITAS	
13-Nome JOSE INACIO DE FREITAS		27/08/1964			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 43091	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA	23-Número no CRO 43091	24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292915732		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA		27-Número no CRO 43091	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA IAME BARREIRA BARBOSA		28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ctd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	VOL	1	122,00	0,00		S	04/08/20		
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VOL	1	122,00	0,00		S	04/08/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 244,00	47-Valor Total R\$ 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 04/08/20 Dra. Fernanda I. B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/20 Dra. Fernanda I. B. Barbosa Cirurgiã Dentista CRO-RJ 43091		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20 Jose Inacio de Freitas		53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/08/20 VARME SAUDE INTEGRADA LTDA CNPJ: 31.935.829/0001-00 121197617-8275	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--